

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES  
DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL

L'approche narrative : une stratégie pour changer le rapport des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale aux narratifs sociétaux

Par  
Dominic Larivière

Essai présenté à la Faculté de Service Social  
En vue de l'obtention du grade de  
Maître en service social

Sous la direction de Yves Couturier

Mai 2021

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie mon directeur Yves Couturier pour son précieux soutien dans la rédaction de cet essai. Merci d'avoir été aussi disponible au courant de cette aventure!

Merci à mon conjoint Jonathan. Ta patience et tes encouragements ont grandement contribué à la réussite de mon parcours universitaire.

Fred, maman et papa, merci d'avoir toujours cru en moi, je vous aime.

## RÉSUMÉ

Chaque personne interprète son histoire de vie en référence à son expérience dans le monde réel. Cette interprétation est influencée par la perspective sociale dans laquelle la construction de sens s'accomplit. L'individu observe et qualifie donc son existence par l'intermédiaire des narratifs sociétaux. Son intégrité personnelle est ainsi en partie relative à ce qui est défini par la majorité comme beau, bon et normal. Ce processus de production de sens peut être mobilisé dans la pratique des travailleurs sociaux.

Cet essai vise d'abord à montrer l'importance de la narrativité pour l'humain. Puis, le potentiel clinique de l'approche narrative sera présenté, notamment au regard de sa capacité d'intervention sur les discours opprimants, mais aussi, voire surtout, de son rôle dans les processus de réappropriation de l'histoire de vie d'une personne. Plus spécifiquement, l'essai explorera le potentiel de l'approche narrative pour les situations où la santé mentale est concernée. Chacune de ces situations s'accompagne potentiellement d'une stigmatisation, c'est-à-dire, d'une « étiquette » qui potentiellement peut tendre à discréditer la personne concernée quant à des caractéristiques qui la différencient de la norme (Gouvernement du Québec, 2016). De fait, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) (2009) estime que les effets de la stigmatisation nuisent davantage aux rétablissements que la maladie elle-même. Enfin, je discuterai ces contenus au regard des apprentissages cliniques faits lors de stage en santé mentale de deuxième ligne. Mon expérience montre que l'intériorisation des narratifs sociétaux a un effet sur la santé mentale et constitue par le fait même est un obstacle majeur à l'épanouissement des usagers.

## TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	3
TABLES DES MATIÈRES.....	4
CHAPITRE 1 LES PRINCIPES FONDATEURS DE L'APPROCHE NARRATIVE .....	6
1.1 La narrativité comme fondement de l'intervention .....	6
1.2 Les narratifs individuels et sociétaux .....	7
1.3 Repères philosophiques et théoriques de l'approche narrative .....	8
1.4 La posture du praticien narratif .....	13
1.5 L'universalité de l'approche narrative au regard des dimensions identitaires .....	16
1.5.1 Le vieillissement.....	16
1.5.2 Le genre .....	17
1.5.3 L'orientation sexuelle.....	19
1.5.4 La classe sociale .....	20
1.6 La santé mentale comme composante intersectionnelle et multidimensionnelle .....	21
CHAPITRE 2 : NARRATIFS SOCIÉTAUX EN SANTÉ MENTALE ET COHÉSION IDENTITAIRE .....	24
2.1 L'antipsychiatrie et les gains en termes de défense politique des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale .....	24
2.1.1 Système asilaire (-1960) .....	24
2.2 La narration et la prise en compte clinique des droits fondamentaux .....	28
2.3 L'incarnation des gains dans l'espace clinique .....	29
2.4 L'approche narrative de White au regard du sentiment de cohésion identitaire .....	32
2.4.1 Le travail social et le développement identitaire globale .....	34
CHAPITRE 3: LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE NARRATIVE.....	41
3.1 Efficacité de la méthodologie narrative.....	41
3.2.1.1 La carte de déclaration de position .....	44
3.2.1.2 La carte des conversations pour redevenir auteur .....	50
3.2.1.3 La carte des conversations de regroupement .....	54
3.2.1.4 La carte des conversations qui mettent en lumière des événements uniques ...	59
3.2.1.5 La carte des conversations en échafaudage .....	62
3.2.1.6 La carte des cérémonies définitionnelles .....	64

CHAPITRE 4 : UTILISATION DE L'APPROCHE NARRATIVE DE WHITE DANS LE CADRE DE MON STAGE .....	69
4.1 Contexte de stage.....	69
4.2 Objectifs du stage .....	70
4.3 Phase 1 : rencontres individuelles .....	70
4.3.1 La ligne de vie .....	71
4.3.2 L'inférence lexicale et artistique .....	73
4.3.2.1 Le poème .....	73
4.3.2.2 La peinture.....	73
4.3.3 Le sens d'une expression .....	74
4.3.4 L'histoire alternative.....	74
4.4 Phase 2 : Rencontre de groupe .....	75
4.4.1 Groupe sur la violence conjugale.....	75
4.4.2 Groupe sur la santé mentale générale .....	77
4.4.3 Alternative au groupe sur la consommation de drogue : la correspondance assistée .....	78
4.5 Critique de mon stage au regard de l'approche de White.....	79
4.6 Critique de l'approche narrative au regard de mon expérience de stage .....	82
CONCLUSION .....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	89

## **CHAPITRE 1 Les principes fondateurs de l'approche narrative**

Dans la première partie de cet essai, des liens sont établis entre la narrativité et la construction de sens individuelle, puis collective. L'approche narrative est ensuite introduite par ses repères philosophiques et théoriques, ainsi que par la posture particulière de l'intervenant. Le potentiel explicatif et clinique de l'approche narrative est en suite discuté au regard de l'impact des narratifs sociétaux sur la dimension identitaire. Puis, la santé mentale est présentée comme une composante universelle et intersectorielle d'une histoire de vie prise dans sa globalité.

### **1.1 La narrativité comme fondement de l'intervention**

Brown (2016) suggère que les prémisses de la théorie narrative sont constatables dès les questionnements existentiels de l'Antiquité. Le mythe était estimé par le philosophe Aristote comme un récit sacré pouvant être utilisé pour dégager des vérités à travers la poétique et la rhétorique (Vassilacou-Fassea, 2002). De nos jours, le récit est devenu un concept important dans les sciences humaines et sociales. Muray (2017) explique qu'il s'agit d'une stratégie phénoménologique pour comprendre et expliquer l'expérience humaine. Selon ce point de vue, le terme *narratif* réfère à l'histoire de vie d'une personne, d'une communauté ou d'une société. En fait, l'existence humaine est inconcevable sans la narrativité puisque la construction de sens envers le monde et l'idée de nous-mêmes sont formées par un processus de narrativisation : « Narrative here is perceived as basic to who we are as human beings, fundamental to explaining how we process time, how memory works and how we come to conceive of our own identities » (Brown, 2016, p.4). Les narratifs ne se limitent donc pas aux contes de fée; ils sont omniprésents dans plusieurs dimensions de la vie des humains (Brown, 2016).

Par ailleurs, les histoires racontées individuellement ou collectivement ne sont pas le reflet direct du réel puisqu'ils sont notamment empreints de subjectivité (Mori, 2019). Les valeurs, les croyances, les coutumes, les étiquettes, les lois sont construites par les interactions au sein d'une culture, et sous l'influence des discours sociétaux dont certains tendent à être dominants (Mori et Rouan, 2011). En ce sens, la narration est élémentaire dans le développement de toute intervention. Le présent essai s'intéresse à une méthodologie de l'intervention qui met en son cœur ce principe: l'approche narrative (Vromans et Schweitzer, 2011). Ce type d'intervention permet d'accompagner une personne dans le développement d'une nouvelle représentation des narratifs sociétaux de son environnement et par conséquent des diverses expériences qu'elle a de la réalité à travers un processus thérapeutique ouvert au changement : « Rien n'est imposé, tout se construit ensemble, tout se co-construit » (Mori, 2019, p.21).

## **1.2 Les narratifs individuels et sociétaux**

Le travailleur social utilisant l'approche narrative doit s'intéresser à la relation entre deux grands types de narratifs. D'abord, les narratifs individuels représentent les éléments racontés par les usagers et qui réfèrent à leur identité. Par exemple, les intentions, les valeurs et les aspirations constituent le narratif individuel (White, 2009). Ce dernier peut être analysé pour accompagner les usagers dans une meilleure compréhension de leurs actions, ainsi que de leur représentation de soi et de leurs difficultés (White, 2009). Un fondement important de l'approche narrative est d'aider les personnes à construire le sens de leur expérience par la mise en valeur de leurs narratifs individuels.

Ensuite, les narratifs sociétaux sont les divers récits véhiculés socialement. Ils tendent à émettre une position au regard de ce qui est normal et de ce qui ne l'est pas. Pour sa part, Loseke (2007) distingue différents types de narratifs sociétaux (dans Harper et Dorvil, 2013).

Premièrement, les **narratifs culturelles** sont véhiculés par les journaux, internet, nouvelles télévisées ainsi que par des mouvements sociaux (ex. : les pétitions).

Deuxièmement, les **narratifs institutionnels** réfèrent à l'intégration des récits culturels dans des récits très stables, car ils sont institués comme des lois ou des politiques sociales. Tout comme les narratifs culturels, les narratifs institutionnels ne permettent pas de rendre compte de la complexité des situations individuelles, mais y contribuent plus ou moins indirectement.

Troisièmement, les **narratifs organisationnels** renvoient notamment aux normes véhiculées par l'organisation, dont l'organisation professionnelle, et donc au sens, en tant que collectifs, que les intervenants sociaux ont à propos des événements de la vie des usagers. Ces narratifs sont le résultat de l'adaptation des narratifs institutionnels à travers les pratiques d'intervention.

Ces diverses formes de narratifs sociétaux, parce qu'institués, ont de nombreux effets sur le sens qu'accordent les personnes à leur propre vie.

### **1.3 Repères philosophiques et théoriques de l'approche narrative**

L'approche narrative a été fondée dans les années quatre-vingt par le travailleur social Michael White et son collègue David Epston. Peu après que White ait publié le premier article démontrant des résultats positifs relatifs à l'anorexie, le directeur de l'hôpital des enfants d'Adelaïde lui demanda de restreindre ses activités « parce qu'il n'était que travailleur social et donc insuffisamment qualifié pour cette tâche réservée à des médecins



psychiatre plus respectables » (Mori, 2019, p. 16). Intimidé à répétition, White s'est détourné de l'idéologie psychiatrique conventionnelle et a développé sa propre vision thérapeutique. Davantage implantée dans les pays anglo-saxons, l'approche narrative est introduite dans les pays francophones depuis seulement une quinzaine d'années, et ce, en raison du discours dominant qui associe en France la clinique à la psychanalyse (Mori, 2019).

Par ailleurs, Mori (2019) explique que White a développé l'approche narrative à partir de la pensée de Michel Foucault (1926-1984). Ce dernier conçoit la relation de pouvoir au-delà du simple rapport physique de contrainte. Même si pour que le pouvoir s'exerce auprès des individus de nombreuses manières, Foucault estime qu'il doit y avoir une possibilité de résistance (une contre-force de la domination) productrice d'une certaine forme fondamentale de liberté (Bouchard, 1996). Le pouvoir n'est donc pas qu'une relation entre deux individus, il représente un mode spécifique d'actions qui n'est pas que de l'ordre du consentement. Contrairement à la violence, le pouvoir n'a pas toujours d'effet direct sur la personne, mais il peut contraindre son action actuelle ou éventuelle en promouvant des formes dites normales d'être: « Il incite, il induit, il détourne, il facilite ou rend plus difficile, il élargit ou il limite ; mais il est bien toujours une manière d'agir sur des sujets agissant, et ce tant qu'ils agissent ou qu'ils sont susceptibles d'agir » (Bouchard, 1996, 531). Le pouvoir s'observe notamment par les narratifs sociétaux qui tendent à être régis comme vrai par des mécanismes (ex. : les formes de sanctions) et des instances (ex. : personnes en charge) concrètes (ex. : la police, mais aussi l'intervention). Certaines histoires constituent ainsi des artefacts provenant de siècles d'oppression: « Story you may know includes stories of Black as inferior, Jew as "Gutter People" or dirty, Irish as drunkards, women as hysterical and inferior, Gays and Lesbians as "abomination" » (Abels and Abels, 2001, 98).

D'un autre côté, Foucault estime qu'à travers le souci de soi se joue un rapport du sujet à la vérité (Zarka, 2002). Le souci de soi consiste notamment à une conversion du regard qui se porte de l'extérieur à l'intérieur. Cela nécessite que l'individu change la manière dont il pense et à ce qui se produit dans sa pensée afin de se conformer par lui-même, sans le recours à la puissance extrême. Malgré le souci de soi, le sujet peut dans son fort intérieur opérer une remise en question de l'immuabilité des narratifs sociétaux en mobilisant sa propre subjectivité intime, ce que Foucault appelle la résistance.

Enfin, le référent normatif se traduit à travers les interactions sociales qui structurent la normalité selon la majorité et tend par le fait même à discriminer le reste en le poussant du côté de l'anormalité. Cela produit des catégories sociales jugées par rapport à des faits sociaux collectifs (les narratifs sociétaux et leurs institutions), sans égard à la subjectivité des individus, dont leur trajectoire de vie et leurs expériences. À ce propos, Abels et Abels estiment que les individus contribuent à leur oppression en adoptant une position sociale qui leur donne un sentiment de cohérence en raison de leur convergence avec les narratifs sociaux: « The subject is continuously interpellated or hailed by cultural texts such as advertisements so that we come to recognize ourselves as 'the family man', 'the singleton', 'the career woman' and so on according to the specific subject position that these texts offer us » (2001, 102). Sous ce principe, l'approche narrative peut être une activité sociale, voire politique, qui sans proposer une idéologie de remplacement permet de remettre en question les techniques qui assujettissent les gens à une idéologie dominante (Mori, 2019).

*L'externalisation du problème* est un principe de base de l'intervention narrative pour accompagner les personnes. Il leur permet d'identifier les discours de vérité qui les oppriment et de s'en dissocier. À travers un processus discursif, le professionnel engage une

conversation qui positionne l'usager en relation avec ses pensées, sentiments, expériences et actions (Weber, Davis et McPhie, 2006). Pour se faire, l'intervenant invite la personne à répondre à une série de questions quant à l'effet de son problème sur sa vie, par exemple : « Comment l'alcoolisme fait-il de vous un mauvais père? Dans quelle proportion du temps réussissez-vous à tenir tête à la boulimie ? » Ce type de questions amène les usagers à distinguer leur identité constituée à partir du problème et à reconnaître des facteurs qui déterminent leurs manières de gérer celui-ci (Abels et Abels, 2001 ; Mori et Rouan, 2011). Aussi, l'externalisation du problème peut aider les individus à refuser l'objectivisation d'eux-mêmes, c'est-à-dire à s'opposer aux conclusions identitaires négatives associées à un déficit, une pathologie ou un dysfonctionnement (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2009). Une conversation externalisante consiste donc à redéfinir la relation au problème afin que celui-ci ne réfère plus à un état interne totalisé : « Le problème devient le problème, ensuite c'est la relation de la personne avec le problème qui devient le problème » (White et Epston, 2009, dans Mori, 2019, p.34).

Jacques Derrida (1930-2004) initie le concept de la *déconstruction de l'histoire dominante saturée par le problème* (Mori, 2019). De ce point de vue, l'humain façonne sa vie en se racontant individuellement et collectivement. Certaines histoires renforcent une image positive de soi, alors que d'autres enferment dans l'échec et la souffrance (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2009). Le travailleur social utilisant l'approche narrative vise à dissoudre l'influence des histoires négatives au profit d'histoires alternatives davantage en harmonie avec les aspects importants de la vie du narrateur (valeurs, rêves, objectifs). Roscoe et Madoc suggèrent que la déconstruction peut s'effectuer en accompagnant les usagers à produire des récits qui soulèvent des contradictions et des exceptions dans l'histoire dominante : « From this social constructionist perspective, we speak ourselves into existence within the stories

available to us » (2009, p.5). Ainsi, le travailleur social facilite la remise en doute par l'utilisateur de la construction de sens basée sur les narratifs sociétaux afin de promouvoir l'autodétermination par la « réassociation psychique » (Mori, 2019, 34). Les histoires alternatives mobilisées dans l'intervention sont appuyées par la dissociation des finalités identitaires négatives et de leur statut socialement établi comme vrai et immuable.

Pratiquer l'approche narrative consiste donc à accompagner les personnes à porter un regard différent sur leur situation et, ainsi, leur permettre de voir des alternatives. White utilise l'image des « territoires alternatifs de l'identité » dans ses pratiques auprès d'enfants traumatisés (2005, p.148). Il propose que la signification et la compréhension d'une expérience puissent être analysées par ce qui est « absent, mais implicite » (Mori, 2019, p.34). De cette façon, il est possible de rendre compte d'éléments plus représentatifs de l'histoire de vie d'une personne afin d'aider celle-ci à se dissocier des conséquences négatives d'une expérience (White, 2005). White décrit le récit des conséquences négatives comme étant une « demi-mémoire », laquelle peut être restaurée en « mémoire complète » (2005, p. 148) en identifiant le contraste de l'expérience en termes de principes personnels, traditions, aspirations, spiritualité, etc. En ce sens, la détresse est la réaction d'une atteinte à ce qui a de la valeur pour une personne. En explorant les significations cachées du récit problématique, le travailleur social peut accompagner un usager dans son processus de reconnexion avec ses histoires préférées (Mori, 2019). L'approche narrative permet donc la reconstruction de sens à partir de l'expérience.

Dans le même ordre d'idées, Bruner (2000) est d'avis que la reconstruction de sens par l'expérience se fait par l'harmonisation de deux structures : le paysage de l'action et le paysage de l'identité (ou de la conscience) (dans Betbèze et Ostermann, 2015). Le paysage

de l'action renvoie à une série d'évènements selon une intrigue particulière, alors que le paysage de l'identité réfère aux significations des évènements qui donnent sens aux actions, telles que les désirs, souhaits et préférences (Roscoe et Madoc, 2016). Les deux paysages peuvent être questionnés sans ordre particulier, car cela procède de la même finalité : « le but étant de ramener au premier plan des paysages alternatifs de l'action et de l'identité » (White, 1995). Plus spécifiquement, le principe thérapeutique ici discuté consiste à attirer l'attention sur les thèmes de vie dont la personne se réfère insuffisamment, puis de relier ceux-ci à son vécu afin d'élargir la dimension identitaire à la multiplicité de ses expériences vécues (Betbèze et Ostermann, 2015). Il s'agit d'une façon de redonner du pouvoir en diminuant la représentation d'immuabilité du problème : « Mapping and identifying unique outcomes that encourage a re-authoring conversation are ways in which to thicken an alternative plot, as opposed to the dominant plot which sustains the problem » (Roscoe et Madoc, 2016, p.54). Au fil de la narration d'évènements qui facilitent l'émergence d'une nouvelle histoire, les épisodes non correspondants tendront à devenir insignifiants (Morgan, 2019). Cette sélection narrative est la focalisation (Brown, 2016). L'histoire nouvellement dominante influence aussi les décisions futures, c'est-à-dire que le narrateur aura tendance à se comporter de façon à la confirmer (Morgan, 2019). Le chapitre trois présentera comment le travailleur social peut utiliser concrètement le paysage de l'identité et de l'action dans le développement d'une histoire alternative par l'utilisateur.

#### **1.4 La posture du praticien narratif**

L'approche narrative est une réponse critique aux métaphores cybernétiques en thérapie familiale (Marteau, 2008). Cybernétique vient du mot grec *kubernesis* qui signifie « l'action de manœuvrer un navire » (Mori, 2019, p.58). Cette illustration suggère une forme de contrôle de la personne aidée. À l'opposé de la cybernétique, l'approche narrative se

démarque par la liberté offerte aux usagers. Les praticiens narratifs priorisent les connaissances et ressources des personnes à travers une relation thérapeutique équitable et collaborative (Vromans et Schweitzer, 2011 ; Blanc-Sahnoun et Dameron, 2009). Les entretiens cliniques se déroulent de façon spontanée, sans plan de vol, ni guide d'entretien : « : « il s'agit avant tout d'un art rhétorique et conversationnel qui ne peut répondre à une sorte de recette à suivre à la lettre » (Mori, 2019, 36). Le professionnel n'a pas la tâche de trouver des solutions, mais plutôt d'aider les usagers à voir l'influence restrictive des récits sociétaux sur leur propre récits, et ce, afin d'enrichir leur propre histoire de vie (Mori et Rouan, 2011, p.57). En ce sens, le praticien narratif a une posture, d'une part décentrée, car son aidé est placé au centre de la conversation plutôt que lui-même, d'autre part, influente, car il interroge les failles, les incohérence ou les impensés du récit du sujet afin de lui permette de créer une histoire alternative.

Aussi, le thérapeute narratif doit démontrer une ouverture face aux différentes narrations de l'usager. La conscience de la subjectivité et de la complexité des personnes usagères est donc essentielle chez le praticien narratif. En fait, l'approche narrative prend en considération qu'une personne peut raconter son histoire de plusieurs manières selon les relations sémantiques qu'elle fait : « La narration prime sur le soi individuel ; le soi, est le fruit exclusif du processus narratif et relationnel » (Mori et Rouan, 2011, p.71). De ce point de vue, l'intervenant n'a pas la tâche de qualifier de « vrais » ou de « faux » les récits qui lui sont racontés. L'entretien narratif n'est pas défini par un principe limitatif, il n'y a plus de vérité ultime ; la réalité et la raison n'ont pas de sens définitif. La philosophe Marilyn Frye emploie les termes « l'œil d'amour » pour décrire le regard du professionnel qui ne disqualifie pas un aidé au prétexte qu'il n'est pas en position d'expert. (dans Mori, 2019). L'intervenant délaisse ce faisant sa propre intention et ses intérêts ; il sait qu'il a besoin de l'autre pour voir ce qu'il

y a à voir. Shermer (2013) ajoute que les intervenants doivent aussi prendre du recul sur leur propre histoire et les présuppositions qui en découlent.

Une habileté essentielle chez l'intervenant narratif est la maîtrise de diverses notions en lien avec les relations de domination sociale qui engendrent des inégalités et des oppressions. Milner (2001) appuie l'importance de ces connaissances chez les travailleurs sociaux: « Failure to do this can result in pathologising service users and drawing on discourses that are inherited by western ideas of individualism and diagnostic 'treatment' » (Roscoe, 2009, p.6).

L'intervenant se doit aussi d'établir un contexte clinique de curiosité, de respect et de transparence. À cet égard, White est en désaccord avec l'idée que la question « pourquoi » doit être déconseillée par les intervenants sous prétexte qu'elle culpabilise l'utilisateur. Il est plutôt d'avis que bien posée, une telle question « elle permet de déconstruire l'acquiescement implicite aux évidences sociales de façon à faire exprimer à la personne ses valeurs importantes. » (Blans-Sahnoun et Dameron, 2009, p. 140). Pour pallier à la réponse limitante *je ne sais pas*, White (2009) propose d'évoquer la réponse de d'autres personnes à des questions similaires. Par exemple, on peut dire à l'utilisateur : « J'ai rencontré une personne qui vivait une situation semblable à la vôtre, lorsque je lui ai demandé pourquoi [...] elle m'a répondu [...] ». Cette façon de faire tend à aider l'utilisateur à distinguer sa position de celle d'un autre. Bref, ce qui précède démontre qu'un travailleur social utilisant l'approche narrative doit prendre conscience de la résonnance de ses techniques d'intervention, voire, des mots qu'il utilise, dans la relation clinique qu'il établit avec l'utilisateur.

## **1.5 L'universalité de l'approche narrative au regard des dimensions identitaires**

Je présente ici l'application de l'approche narrative au regard de dimensions identitaires. Les études tendent à démontrer que cette approche est une stratégie adaptée à l'ensemble de la population (Vromans et Schweitzer, 2011)

### **1.5.1 Le vieillissement**

Les travailleurs sociaux sont amenés à accompagner différentes personnes dont le regard sur la vie diffère. Par exemple, Canovas-Castanier et Michel-Moreau (2017) expliquent que le vieillissement modifie le rapport au temps. Les personnes âgées ne consacrent pas leur existence à l'atteinte d'objectifs ou à l'acquisition de compétences, mais davantage à la création et au maintien d'un lien social. En fait, plusieurs aînés voient leur trajectoire de vie se modifier, entre autres en raison de la perte d'autonomie fonctionnelle. Taylor (2011) explique que les transitions relatives au vieillissement confèrent de nouveaux rôles, lesquels doivent être incorporés dans les récits de vie des aînés et de leurs familles ainsi qu'à l'intérieur d'un contexte socioculturel. En gérontologie narrative, l'analyse du vieillissement « doit se faire à partir du contexte du cours de la vie, et la vie de chaque individu dans le contexte de sa culture » (Taylor, 2011, p.8). Taylor (2011) décrit un gabarit formé de trois niveaux de croyances pour interpréter et comprendre la signification d'un récit de vie.

- *Les croyances primitives/fondamentales* réfèrent à la compréhension du monde matériel et aux fondements de l'identité (ex. : la nature du corps).
- *Les croyances périphériques* sont apprises par l'autorité (ex. : religion, politique, moralité).
- *Les croyances aux conséquences limitées* représentent les goûts personnels du sujet.

Ces différents niveaux offrent des pistes pour repérer l'incidence des changements associés au vieillissement à travers la narration.



Par exemple, la dépression est un problème de santé significatif qui est souvent mal diagnostiqué chez les personnes âgées (Korte et al. 2012). La narration de soi à travers une rétrospection biographique est une intervention adaptée aux aînées qui vivent une perte de sens envers la vie, ainsi qu'une image de soi négative. Korte et ses collaborateurs (2012) ont utilisé une méthodologie narrative basée sur trois thèmes : l'intégration des événements difficiles du passé, le développement de récits de vie qui aident à faire face au présent et la récupération de souvenir positifs pour la construction de nouvelle histoire de vie. Leurs résultats démontrent une diminution des symptômes dépressif et anxieux, ainsi qu'une augmentation du bien-être général. Toutefois, l'intervention narrative s'est avérée plus efficace chez les aînés ayant un haut niveau d'extraversion. Canovas-Castanier et Michel-Moreau (2017) présentent des résultats similaires auprès des personnes âgées institutionnalisés, constatant une amélioration significative des symptômes anxiodépressifs et du bien-être global (émotionnel, social et psychologique).

### **1.5.2 Le genre**

Plusieurs professionnels de la santé mentale ont affirmé que la psychothérapie traditionnelle était inadaptée à la réalité masculine (Brooks, 1998 et Wexler, 2009 dans Schermer, 2013). La thérapie narrative est une alternative pour les hommes puisqu'elle leur permet de déconstruire des identifications névrotiques découlant de narratifs sociétaux dominants. En fait, l'intériorisation des normes sociales selon un archétype de genre peut résulter en des tensions de rôles de genre (gender role strain), surtout lorsque ces normes sont considérées contradictoires, inaccessibles ou incompatibles (CRIVIFF, 2007). Schermer (2013) mentionne que les comportements qui ne correspondent pas à l'image masculine dominante ne sont pas intégrés dans les narratifs sociétaux plus larges. Il existe pourtant une multiplicité de masculinités, mais la masculinité hégémonique tend à dominer les autres formes dans le

système hiérarchique (CRIVIFF, 2007). Les hommes qui ne se conforment pas à cet inatteignable stéréotype sont condamnés à une forme de marginalisation sociale et à des conséquences psychologiques potentiellement importantes : « Many men are looking for something more or something different from these traditional male sex role stories, which often adversely impact men's mental health. Adherence to these roles has been positively related to an increase in negative affect including anger, hostility, depression, and anxiety » (Schermer, 2013, p.138). Schermer (2013) démontre aussi que l'approche narrative permet aux hommes de prendre du recul sur leur identification aux rôles masculins traditionnels et de reconstruire une image masculine plus nuancée.

Du côté des femmes, les narratifs sociétaux ont été utilisés par les féministes pour dénoncer, notamment le caractère structurel de la violence conjugale (Harper et Dorvil, 2013). Le féminisme est étroitement relié à l'application de l'intersectionnalité comme concept permettant de déconstruire l'idée qu'un problème social particulier est réservé à un groupe homogène de personnes. Harper et Dorvil expliquent qu'une vision socioconstructiviste de l'intersectionnalité permet à une femme de se réapproprier son identité et son expérience sociale dans sa globalité: « il est possible qu'elle se perçoive comme une victime du patriarcat, mais elle peut aussi rejeter cette étiquette et revendiquer à travers son récit personnel une identité de mère, de travailleuse, d'épouse ou de survivante » (2014, p.55). Par ailleurs, un concept particulièrement sensible aux narratifs sociétaux chez les femmes est celui de l'image corporelle. La croyance populaire qu'une personne mince est plus belle qu'une personne grosse est intériorisée en bas âge. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2002), 45% des enfants de 9 ans sont insatisfait de leur image corporelle ; le tiers des filles de 9 ans a déjà entrepris une tentative de perte de poids (Gouvernement du Québec, 2021). L'utilisation de l'approche narrative considère que les troubles alimentaires peuvent être une

résultante de l'expérience sociale plutôt qu'un désordre de la personnalité. L'identification totale au trouble alimentaire (being totalized) s'effectue à travers un processus narratif qui culpabilise la femme (Weber, Davis et McPhie, 2006). Weber, Davis et McPhie présentent plusieurs changements positifs auto-déclarés par des femmes à la suite d'une intervention narrative de groupe : « These included externalising, identifying the tactics of the eating disorder, experimenting with disengagement and what were called spirit-nourishing activities » (2006, p.399).

### **1.5.3 L'orientation sexuelle**

Les travaux de Kinsey au début des années cinquante ont permis de comprendre que l'homosexualité et l'hétérosexualité réfèrent à deux pôles d'un continuum varié de pratiques sexuelles plutôt qu'à deux catégories discrètes (Chauvin et Lerch, 2013). Foucault appuie l'idée que l'homosexualité est une construction sociale : « The sodomite had been a temporary aberration; the homosexual was now a species » (1976, p.43). Sous ce principe, le stress psychosocial associé aux minorités sexuelles relève d'un processus de socialisation (Frost et al., 2019). Plusieurs auteurs discutent de la Théorie du stress des minorités en référence aux impacts mentaux négatifs associés aux préjugés, à la stigmatisation et à la discrimination auxquels un groupe fait face (Frost et al., 2019 ; Lange, 2020). L'intériorisation des stigmas résulte d'une exposition continue aux messages sociétaux négatifs (Lange, 2020). Dans une culture où les processus de socialisation sont relativement homophobiques, plusieurs homosexuels assimilent, sans s'en rendre compte, les préjugés découlant du discours hétérosexiste et se voient et se comportent de façon conforme à celui-ci (Borrillo, 2001). De surcroît, ils ont parfois des attitudes et des gestes qui s'adaptent aux circonstances ; ils peuvent dévoiler librement leur orientation sexuelle avec des personnes significatives, mais sembler hétérosexuels au travail, voire même, asexués dans leur famille

(Castenada, 2013). Enfin, Lange (2021) démontre que l'approche narrative permet, entre autres, une réduction des facteurs de stress et de risque suicidaires chez les minorités sexuelles.

#### **1.5.4 La classe sociale**

Desmitt (2015) utilise le terme transfuge pour définir une personne ayant fait un déclassement social, soit l'ascension sociale ou son pendant inverse. La *non-reproduction* de la classe sociale peut engendrer des tensions chez le sujet qui sont relatives à son milieu d'origine et son milieu d'arrivée. En effet, Naudet discute d'une perturbation de la cohérence identitaire dû « à la capacité potentielle de percevoir un même objet, une idée ou une pratique, à partir d'au moins deux points de vue différents, même si, de manière intime, la légitimité de l'un des deux points de vue peut être remise en cause » (2007, p.6). L'individu est ainsi coincé entre deux histoires qui ne peuvent être actualisées dans leur contexte de vie. L'approche narrative peut aider les personnes à développer des stratégies d'adaptation à la tension entre le milieu d'origine et le milieu d'arrivée.

Premièrement, les **stratégies d'adaptation légitimes** (Naudet, 2007) consistent, par exemple, à demander à un usager d'écrire son histoire de vie et à l'accompagner dans une reconnaissance des valeurs héritées de son milieu d'origine (ex. : valorisation de l'expérience du milieu d'ouvrier). Il est aussi possible de mobiliser une *idéologie du mérite* qui distingue l'usager de son milieu d'origine. Cela peut aider la personne à prendre conscience des éléments propres à sa personnalité ou à son histoire. L'idée est que l'usager puisse développer une vision de son histoire de vie qui rend honneur à sa singularité, plutôt qu'à une classe sociale.

Deuxièmement, les **stratégies d'auto-analyse** permettent à l'utilisateur de distinguer les effets que la domination a eus sur lui afin de se réapproprier la singularité de sa position. Naudet (2007) estime que cette stratégie aide les personnes à se dissocier d'un attachement *populiste* au milieu d'origine. L'auto-analyse tend ainsi à objectiver le monde familier et à permettre une *réappropriation de soi*. Pour ce faire, le travailleur social peut demander à l'utilisateur de raconter son expérience à propos de la mobilité sociale : « Le discours est donc le lieu de cristallisation par excellence de cette tension » (Naudet, 2007, 25). L'objectif est d'aider l'utilisateur à distinguer les discours individuels (ex. : aspirations) des discours préconstruits (ex : comportements jugés inacceptables par le milieu d'origine).

### **1.6 La santé mentale comme composante intersectionnelle et multidimensionnelle**

La section précédente a mis en évidence que l'approche narrative peut être adaptée à l'ensemble de la population, et ce, indépendamment des dimensions identitaires que l'on considère. Il y a aussi été montré que cette approche peut être utilisée pour analyser certains impacts des narratifs sociétaux. Une conséquence fréquente d'un sentiment d'incohérence aux narratifs sociétaux est l'atteinte à la santé mentale. Cette dernière est l'affaire de tout le monde, et ce, indépendamment de l'âge, du genre, de l'orientation sexuelle et de la classe sociale. Par ailleurs, une conceptualisation positive de la santé mentale permet de comprendre que la présence de troubles mentaux n'induit pas directement l'absence de santé mentale et vice versa (Keyes, 2005). Doré et Caron (2017) ajoutent que la santé mentale représente plus qu'une absence de psychopathologie; elle signifie un bien-être, une capacité à apprécier la vie et à faire face aux obstacles quotidiens.

Dans cet ordre d'idée, les travailleurs sociaux utilisant l'approche narrative sont susceptibles d'accompagner des usagers au regard de leur santé mentale, peu importe le secteur de service.

La santé mentale est donc une composante intersectionnelle puisque son atteinte peut se cumuler à des facteurs de risques et entrecroiser des systèmes d'oppression dans l'histoire de vie des personnes. Plus encore, Bilge (2009) explique que le caractère intersectionnel relevant de l'imbrication de diverses oppressions réfère à une relation synergique, plutôt qu'additive (dans Harper et Kurtzman, 2014). La réalité d'une personne ne se limite donc pas à l'addition de symptômes mentaux (ex. psychoses) et d'autres déterminants sociaux (ex. pauvreté). En fait, le couplage d'obstacles exacerbe des variables qui peuvent potentialiser la vulnérabilité d'une personne. Par exemple, le fait d'être, d'une part, une femme, d'autre part, atteinte de schizophrénie, augmente le risque d'une double stigmatisation et donc de vivre une forme de discrimination (ex. : non-employabilité).

La santé mentale a également un aspect multidimensionnel puisque son altération peut avoir plusieurs causes, conséquences et traitements. À titre d'exemple, les études démontrent que la schizophrénie n'a pas de cause simple et unique; c'est plutôt une multitude de facteurs qui interagissent les uns avec les autres et qui induisent l'apparition de ce trouble de santé mentale et de ses rechutes (SQS, 2021). L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2012) dévoile que les conséquences de ce trouble atteignent diverses fonctions : cognitives (ex. : délire), affectives (ex. : anxiété), comportementales (ex. : activités criminelles) et sensori-motrices (ex. : douleurs physiques). Depuis l'arrivée de la Chlorpromazine en 1952, les antipsychotiques se sont avérés un traitement efficace pour traiter les symptômes schizophréniques (Haddad et Correll, 2018). Aussi, la thérapie cognitivo-comportementale s'est démarquée scientifiquement parmi d'autres approches psychologiques quant à son efficacité à réduire les symptômes positifs de la schizophrénie (Bigheilli et al., 2018). Quoiqu'il en soit, dans tous les cas un accompagnement psychosocial à la personne schizophrène est primordial. Une offre de service efficace prend donc en compte la

stigmatisation relative aux personnes psychotiques et leur entourage (ex. proches aidants, pairs, employeur) (Killackey et al., 2006 ; Dixon et al., 2016 ; Mui et al. 2019). C'est donc en connaissance de ce caractère multidimensionnel que cet essai se centre sur l'apport de l'approche narrative aux personnes souffrant d'un trouble de santé mentale en partie en raison des narratifs sociétaux.

## **CHAPITRE 2 : Narratifs sociétaux en santé mentale et cohésion identitaire**

Dans un premier temps, cette section présente comment l'antipsychiatrie a apporté des gains dans le traitement et la reconnaissance des besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Puis, la prise en compte de la parole des patients est abordée comme ayant participé à une révolution axée sur la prise en compte clinique des droits fondamentaux. L'incarnation des gains politiques sera discutée au regard de l'utilisation de la narration à travers diverses approches. Pour finir, l'approche narrative telle que conçue par White (1980) sera présentée comme une intervention pertinente pour améliorer le sentiment de cohérence identitaire des usagers.

### **2.1 L'antipsychiatrie et les gains en termes de défense politique des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale**

#### **2.1.1 Système asilaire (-1960)**

Avant les années soixante, le système asilaire prédominait, sous le monopole de la religion. La folie était alors perçue comme incurable, un fait du Tout-Puissant concernant les pêcheurs (Boudreau, 1981). Au Québec, le premier ministre Maurice Duplessis avait adopté une politique de *laisser-faire* à l'égard des établissements psychiatriques, notamment parce que ces derniers étaient économiques puisque leurs employés étaient peu ou pas rémunérés (Boudreau, 1981). Par ailleurs, le désengagement du gouvernement a favorisé des situations moralement contradictoires aux fondements ecclésiastiques de ces organisations, soit des actes de négligence et de maltraitance.

Les récits d'anciens patients ont alors permis de dénoncer les conditions inhumaines dans les asiles (Boudreau, 1981). Le témoignage de l'ex-psychiatrisé Jean-Charles Pagé a particulièrement contribué à la naissance d'une commission d'enquête dans les années soixante: « Je constate que, sous le paravent de la charité chrétienne, on traite comme des



prisonniers des êtres humains qui n'ont pour toute culpabilité que d'être de ce côté-ci de la barrière, malades et méconnus » (dans Duprey, 2007, p.1). Ces mots donnent un aperçu de l'incohérence sociale engendrée par l'Église sous prétexte d'un traitement moral, d'un espoir d'absolution du « fou » (Duprey, 2007, p.2). De plus, l'incapacité thérapeutique des asiles a rapidement transformé ces lieux en des microsociétés dans lesquelles l'internement à perpétuité est de facto devenu la réponse à l'incompréhension de la maladie mentale. C'est ainsi que les hôpitaux Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange, qui au départ avaient comme mission de traiter la maladie mentale, sont rapidement devenus des lieux d'hébergement, voire d'enfermement, où plus de 20000 personnes ont été recluses (Duprey, 2007).

### **2.1.2 L'époque des organisations psychiatriques (1961-1971)**

L'arrivée des psychiatres modernes a amené une réforme de ces organisations désuètes en plaçant davantage l'individu au cœur des soins de santé mentale. Cette modernisation technique du traitement s'est redoublée d'un mouvement d'affirmation humaniste et de défense des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Les revendications des psychiatres modernistes, conjuguées aux mémoires d'anciens patients, favorisèrent l'émergence d'une nouvelle conception du soin qu'est la psychiatrie de facto opposée à la domination cléricale déjà révisée par la Révolution tranquille (Boudreau, 1981). Grâce à la modernisation de la psychiatrie, la maladie mentale devient potentiellement curable, ou soignable, une maladie comme les autres. Ceux qui en sont atteints ont donc le droit d'être traités médicalement et de retrouver un état de santé.

Pendant cette époque de réformes, les frontières entre les professions s'ouvrent ; une panoplie de professionnels (ex. : travailleurs sociaux, psychologues) font leur entrée dans le système asilaire, apportant avec eux leurs théories (Boudreau, 1981).

Dans le même ordre d'idées, la notion de « maladie mentale » est perçue comme étant restrictive, ostracisante. Ce concept a alors été substitué par « santé mentale » (Boudreau, 1981, p.34). De plus, les conséquences imputables aux problèmes de famille, à l'insertion sociale, aux problèmes conjugaux sont alors dissociées de la maladie mentale.

La désinstitutionnalisation suivant l'époque des asiles est un phénomène multidimensionnel qui a culminé dans les années 1990 au Québec; il s'agit à la fois d'« une politique sociale, une solution économique ou un moyen thérapeutique » (Duprey, 2007, p.27).

Le changement de paradigme voulant qu'un trouble de santé mentale soit dorénavant guérissable, ou à tout le moins soignable, ne justifiait plus d'orienter les usagers en institution, tout comme l'hospitalisation de ceux-ci était devenue un traitement non fondé dans nombre de situations, le courant de l'antipsychiatrie ayant valorisé une approche plus globale du soin, approche incluant un maintien des personnes dans leur communauté (Gouvernement du Québec, 1997).

« Régionaliser, diversifier et multiplier » les ressources offertes à la population était un moyen promu par le rapport Bédard afin de maintenir les personnes vivant avec un problème de santé mentale dans leur communauté (Gouvernement du Québec, 1997). Cependant, bien que positive en principe, la désinstitutionnalisation a en pratique, d'importantes lacunes. La sortie massive de patients a résulté en un engorgement des urgences et en de nombreuses difficultés de réinsertion sociale ; seulement « 2,3 % ont été placées en foyers »

(Gouvernement du Québec, 1997, p.127). Certaines clientèles sont alors en voie de chronicisation (ex. : toxicomanie) en raison de la discontinuité des suivis médicamenteux et de l'absence d'alternative à l'hospitalisation.

### **2.1.3 L'insertion de la santé mentale dans les services publics**

À la suite de la réforme Castongay-Nepveu, l'organisation des services se modifie encore. La santé mentale est intégrée au réseau des services sociosanitaires généraux au même titre que la maladie physique (Gouvernement du Québec, 1997). De même, des organisations communautaires sont créées, notamment pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et vivant dans la communauté. Or, malgré les nouvelles installations, la création de consultations externes et l'extension de ressources intermédiaires, les ressources sont insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes désinstitutionnalisées ou non institutionnalisées. Par conséquent, les centres hospitaliers sont surchargés et les impacts de cette carence sont considérables : aggravation des problèmes sociaux et des comorbidités (Gouvernement du Québec, 1997). L'incohérence de cette organisation engendre le syndrome de la porte tournante : 3/4 des usagers désinstitutionnalisés se représentent à l'hôpital moins de 2 ans suivant leur visite (Gouvernement du Québec, 1997). Le modèle biomédical favorisé par la psychiatrie nouvelle devient alors prédominant, en complément de la désinstitutionnalisation. C'est moins le modèle psychiatrique que le modèle asilaire qui s'est donc transformé par les évolutions dont nous rendons compte ici. De plus, l'expertise de certains professionnels étant méconnue, la médicalisation demeurant souvent la première réponse (Gouvernement du Québec, 2012). Pour certains, on passe de l'institutionnalisation asilaire à une domination de la médicale, la médicalisation de la personne prenant une autre forme que l'hôpital psychiatrique. Enfin, le

Gouvernement du Québec (2012) valorise que les dernières réformes mettent l'accent sur l'importance du travail interprofessionnel et positionnent l'utilisateur comme véritable « expert » de sa situation. Les campagnes médiatiques ainsi que la publication de guides de pratique en intervention sur le suicide ont permis d'améliorer la vision générale des problèmes de santé mentale (Gouvernement du Québec, 2012).

## **2.2 La narration et la prise en compte clinique des droits fondamentaux**

Un survol historique des réformes de la prise en charge des troubles de santé mentale permet de constater que l'humanisation des soins au Québec s'est faite peu à peu, notamment, en donnant la parole au patient. Clément utilise les termes *période d'insignifiance de la parole* pour d'écrire l'époque asilaire « caractérisée non seulement par l'exclusion du fou, mais aussi et surtout par la coupure radicale de toute communication avec lui » (2011, p.4). Puis, à la fin des années soixante, la défense des droits en santé mentale donne place à de nouvelles manières de comprendre et d'agir à l'égard des expériences exprimées par les *malades* (Cyr, 2018). La société remet ainsi en question la place des individus atteints mentalement à travers la lutte de la reconnaissance de leurs droits fondamentaux : le droit de vote, le droit à l'intégrité physique, la liberté de mouvement, le droit de décision concernant son corps et ses biens, etc. (Cyr, 2018). En 1976, *La charte des droits et libertés de la personne* entre en vigueur : tout être humain a des droits et des libertés intrinsèques qui garantissent sa protection, sa dignité et son égalité (Gouvernement du Québec, 2019 ; Légis Québec, 2018). Aussi, *Le Code civil du Québec* (1991) présente des principes fondamentaux qui rendent la parole des patients quasi inviolable: « sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé » (dans OIIQ, 2018). Il n'est donc plus possible d'interner une personne, sans son consentement, sauf exceptions balisées par la loi. *La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou*

*pour autrui* (Loi P-38) est l'une des exceptions prévues permettant de priver temporairement une personne de l'exercice de ses droits. Cela est possible, et sous conditions, d'une part, lorsqu'un danger « grave » est observé, soit tout comportement, menace ou acte planifié potentiellement préjudiciable à la santé et à la vie d'un individu, et d'autre part lorsque l'imminence de la dangerosité est constatée. Ces circonstances rendent « possible de mener à bien une procédure judiciaire pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique » (CIUSSE-CHUS, 2016, p.4). Ainsi, la prise en compte de la parole des patients au Québec a été favorisée institutionnellement, notamment à travers la reconnaissance des droits fondamentaux et la formulation de balises claires aux exceptions.

### **2.3 L'incarnation des gains dans l'espace clinique**

La reconnaissance de la parole par la formulation d'une parole collective s'est exprimée par des groupes de défenses de droits, comme nous venons de l'évoquer, puis par une reconnaissance clinique. La narration est ainsi devenue un concept clinique de base qui implique de considérer le sujet comme acteur central de ses soins. Le terme *usager* est maintenant utilisé pour définir un rapport de collaboration avec les services où la personne concernée est appelée à agir en tant qu'acteur (Clément, 2011). Sous ce principe, le Gouvernement du Québec (2016) valorise le partenariat de soins et de services avec les personnes utilisatrices et les membres de leur entourage. Les usagers sont considérés détenir un savoir expérientiel relevant, entre autres, d'une compréhension unique des réalités liées à leur condition, ainsi que des impacts de leur trouble de santé mentale et de leur traitement sur leur vie (Gouvernement du Québec 2016).

C'est à travers la narration que l'utilisateur peut dévoiler son savoir expérientiel. En effet, Colin (2008) identifie trois caractéristiques de l'expérience humaine pouvant faire l'objet d'un

récit. Premièrement, elle est *particulière* puisqu'elle résulte de la rencontre unique entre l'utilisateur, sa situation de vie et l'événement qui lui arrive. Deuxièmement, elle est *interprétative* du fait qu'elle relève du vécu personnel. Troisièmement, elle est *transformante*, car la réalité de l'utilisateur est changée par l'empreinte que laisse l'événement et parce que cet utilisateur est en quête d'autonomisation, malgré son trouble de santé mentale. Ce qui précède appuie l'idée que la narration de l'utilisateur est essentielle afin d'offrir un accompagnement sensible à sa subjectivité et adéquat à la situation.

Plusieurs approches cliniques s'enracinent dans la narration, telles que la psychanalyse, l'approche systémique, l'approche humaniste, certaines approches cognitives et bien entendu, l'approche narrative qui nous intéresse particulièrement.

Freud a développé sa méthode psychanalytique en interrogeant le statut psychique et épistémologique de la narration (Bourlot, 2010). En fait, l'implication subjective de la narration de l'analysé, tout comme celui de l'analyste, est une préoccupation constante de cette approche. Le processus thérapeutique « s'est progressivement déplacé de l'idéal d'une narration-remémoration du passé à la reconnaissance du récit comme événement psychique où se « re-produit » l'objet » (Bourlot, 2010, p.6). En fait, le récit est considéré comme le seul outil clinique par lequel la simple présence du psychanalyste engendrerait le transfert, levier de la cure (Samacher, 2015). Freud reconnaît aussi que les récits cliniques des psychanalystes ne sont pas une retranscription objective de la réalité du patient, mais plutôt un témoignage fragmentaire à partir de paroles (Bourlot, 2010).

Du point de vue de l'approche systémique, toute narration est estimée polyphonique, dans le sens que toutes les voix individuelles sont extraites de dialogues (Landry-Balas, 2008). Ainsi, la narration permet d'accompagner un utilisateur à passer d'une identité individuelle à une

identité relationnelle, par exemple. Gregoire estime qu'il est essentiel de rendre visibles les personnes absentes derrière les mots des usagers afin d'enrichir leur narration et de les sortir de l'isolement (Landry Balas, 2008). Pour se faire, il est possible de relancer une *alter-narration* en invitant virtuellement les individus impliqués dans la vie de l'utilisateur. Par exemple, un travailleur social peut questionner l'utilisateur sur ce qu'un membre de sa famille a pensé de ses comportements dernièrement. La voix virtuelle des invités peut donc être un ancrage pour générer de nouvelles informations où l'utilisateur crée une nouvelle histoire, une nouvelle version de lui-même.

L'approche humaniste, quant à elle, s'inspire des valeurs de la Renaissance européenne et considère donc, que l'homme se développe en interrogeant et interprétant librement les valeurs, la philosophie, la littérature, l'art et les sciences (Santarpia, 2018). La narration est ici un médium important de l'investigation humaniste, permettant d'accéder au sens à la spiritualité, à l'autoconscience et au ressenti sensoriel/émotionnel. Ainsi, l'intervenant utilisant cette approche analyse le récit des personnes en fonction des multiples positions du soi (ex. : imaginaire ou réel). Tout comme l'approche narrative de White, l'approche humaniste est sensible aux expressions et aux métaphores. À titre d'exemple, Santarpia estime que les usagers des services en oncologie tendent à exprimer une *narration somatocentrée*, c'est-à-dire un récit métaphorique qui est déshumanisant : « Je suis sale, pourrie de l'intérieur » (2018, p.236). La narration, telle que l'utilise l'approche humaniste, permet de créer un *espace de réhumanisation* grâce à l'intervenant qui facilite l'émergence d'un dialogue transformatif, notamment par une flexibilité interprétative de la demande de l'utilisateur ainsi que la valorisation de ses ressources et de ses possibilités en tant qu'humain.

Pour sa part, Ryan (2015) s'intéresse à l'émergence d'une relation nouvelle entre les approches cognitives et la narratologie. La narratologie cognitive est un courant croisant des études basées sur l'imagerie médicale, des expériences psychologiques et des concepts développés par des disciplines narratives. À titre d'exemple, l'imagerie médicale est parvenue à démontrer que les lecteurs créent par leur activité de vraies simulations mentales (ex. sons, gestes, goûts) qui activent les mêmes régions du cerveau que dans la vie quotidienne. Ainsi, la lecture n'est pas une activité passive puisqu'elle produit une stimulation mentale : « Le lecteur capte à partir du texte des détails sur les actions et les sensations des personnages et les intègre à une connaissance personnelle bâtie sur ses expériences passées », ce qui se rapproche d'une forme de narration intérieure (Ryan, 2015, p.2).

En somme, la prise en compte de la narration a permis divers progrès modernes. Au niveau institutionnel, le respect des droits des usagers et la valorisation de leur savoir expérientiel s'est effectué, notamment par la reconnaissance de leur parole. Au niveau clinique, la narration a permis de mettre en évidence des dynamiques psychiques, relationnelles, et même cognitives. L'approche de White se distingue par l'utilisation de la narration par sa perceptive de développement identitaire globale, ainsi que par la reconnaissance de la souffrance par la parole de l'utilisateur. En ce sens, l'approche narrative sera présentée par la suite pour son apport à l'égard du sentiment de cohésion identitaire chez les usagers en santé mentale.

## **2.4 L'approche narrative de White au regard du sentiment de cohésion identitaire**

Dans le cadre de cet essai, l'approche narrative de White (1980) est considérée selon deux usages de la narration.



D'abord, les **narratifs sociétaux** représentent les discours socialement établis qui réitèrent des valeurs, des motivations et une rationalisation des mécanismes de contrôle social au profit de la classe dominante (Mayer et Laforest, 1990). Pour Otero (2005), la norme est un mécanisme de contrainte et d'exclusion basée sur un jeu d'oppositions (ex. : adapté / inadapté) en référence à la norme. Lorsqu'une personne est jugée avoir transgressé une norme, la société lui inflige une sanction (Pécheur, 2006). À cet égard, les narratifs sociétaux associés aux troubles de santé mentale tendent à refléter une forme de répression morale productrice de la stigmatisation sociale. À travers des représentations et attitudes négatives, les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont souvent jugées comme déviantes. La peur, l'embarras, la colère, les stéréotypes et les comportements d'évitement sont quelques résultantes de la stigmatisation.

Puis, les **narratifs individuels** sont les histoires que les personnes racontent sur elles-mêmes. Pour White (2009), l'identité des personnes est forgée par les narratifs individuelles et peut se redéfinir au gré des narrations. Les narratifs individuels des usagers peuvent cependant nuire à leur épanouissement lorsqu'ils constituent problèmes comme le reflet de faits immuables concernant leur nature, leur caractère et leurs relations interpersonnelles. La stigmatisation sociale peut être particulièrement incapacitante lorsqu'elle est internalisée dans l'identité individuelle, et ce, parfois même sans s'en rendre compte. Par exemple, White reconnaît que l'attribution d'un diagnostic psychiatrique peut agir en tant que narratif oppressif et nuire au bien-être d'une personne (France et Uhlin, 2007). L'internalisation de la stigmatisation est responsable de narratifs individuels qui génèrent une perte d'estime personnelle, de confiance, d'espoir et un phénomène de discrimination anticipée. (AQRP, 2013). Ainsi, une intégration de soi incompatible au référent normatif contribue à la dissonance de l'identité (Demazière, 2007). À cet égard, l'approche narrative permet

d'accompagner les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale afin qu'elles ressentent une meilleure cohésion identitaire. Il s'agit, notamment, de mettre en lumière des narratifs individuels qui tendent à être mis à l'écart par l'intégration des narratifs sociétaux.

#### **2.4.1 Le travail social et le développement identitaire globale**

Si l'origine du trouble de santé mentale est souvent hors du contrôle des personnes (ex. : désordre biologique, traumatisme dans l'enfance), ces dernières peuvent tout de même changer la relation qu'elles ont avec la maladie (CAMH, 2021 ; Mori, 2019). De surcroît, l'approche narrative ne cherche pas à trouver une solution à un trouble de santé mentale, mais plutôt à soutenir un processus narratif qui permettra aux usagers de se référer à un vaste ensemble d'expériences (Mori et Rouan, 2011). Ces dernières peuvent être utilisées afin de permettre à l'utilisateur d'accéder aux multiples dimensions de son identité.

Plusieurs historiens de la pensée estiment que l'objectivation de l'identité est un phénomène culturel résultant du développement du mécanisme de jugement normatif, des pratiques de division et de classification scientifique (White, 2009).

L'interprétation internalisante d'actions et d'événements peut être à l'origine des troubles de santé mentale des personnes ou encore les exacerber. Les conversations externalisantes peuvent pour leur part servir à contrer l'objectivation de l'identité des personnes et, ainsi, affirmer leur singularité. Lorsqu'un travailleur social entretient des conversations externalisantes, il doit considérer que le problème de santé mentale de l'utilisateur qui utilise ses services est dans un certain sens distinct de celui-ci. Cette séparation ne réduit pas la responsabilité de la personne quant à ses difficultés, mais elle lui donne plutôt davantage de possibilités pour exercer sa responsabilité à leur propos (White, 2009). L'intervenant peut encourager la narration concernant l'impact d'un trouble de santé mentale sur différentes

sphères de vie de l'utilisateur, telles que « ses comportements, ses émotions, ses relations interpersonnelles, ses connaissances, le corps physique et l'identité en lien avec ses histoires » (Rouan et Mori, 2011, p.60). En racontant un large éventail de récits affectivement et cognitivement reliés à sa santé mentale, l'utilisateur est susceptible de prendre conscience de différentes dimensions de son identité: « Grâce à des synthèses continues de ces multiples représentations de soi, les récits personnels rassemblent le large éventail d'identifications qui orientent le sens de soi, donnant finalement une cohérence à l'identité » (France et Brian, 2001, p.55). Blanc-Sahnoun et Dameron (2009) expliquent qu'une production d'authenticités multiples permet un développement identitaire qui relie les individus entre eux à partir de thèmes partagés et variés.

L'utilisateur peut aussi développer une relation plus nuancée envers son identité en parlant indirectement de sa propre vie, par exemple en racontant un conte familial. Il peut aussi être facilitant pour lui d'attribuer à son problème un nom, le dessiner ou s'adresser à lui comme s'il était présent (Morgan, 2019). Par exemple, « Comment *Tristesse* vous empêche de voir vos amis? À quel moment êtes-vous capable de tenir tête à *Boulimie*? » Ces questions amènent les utilisateurs à distinguer leur identité du trouble de santé mentale et à reconnaître des facteurs qui déterminent leurs manières de gérer celui-ci (Abels et Abels, 2001). En fait, l'objectif est que l'utilisateur prenne conscience de sa capacité à prendre le rôle qu'il attribue au trouble de santé mentale dans sa vie (Rouan et Mori, 2011). Il est aussi possible d'accéder à ses valeurs importantes en explorant comment les émotions négatives associées au trouble de santé mentale affectent son expérience. Pour Rouan et Mori (2011), lorsqu'une personne ressent, par exemple, de la honte ou de la culpabilité, cela démontre que l'expérience est incongrue avec certaines de ses valeurs importantes. De tels sentiments sont des leviers pour d'intervention car ils permettent de relancer une narration de reconstruction chez l'utilisateur qui

respecte davantage ses valeurs (ex. : « Racontez-moi des situations dans lesquelles vous vous êtes comporté conformément à vos valeurs? »).

Aussi, le développement d'une identité plus globale peut être soutenu en demandant à l'utilisateur de dévoiler des expériences sous un thème important, par exemple : « Racontez-moi le récit de votre vie qui démontre votre courage? ». Au fil de la narration, il sera de plus en plus facile pour l'utilisateur de nommer des faits en lien avec le thème; les épisodes non correspondants deviendront peu à peu insignifiants.

La reconstruction d'une identité plus globale peut également être amorcée par la recherche d'exceptions. Morgan (2019) suggère d'explorer les moments uniques où l'utilisateur est parvenu à fonctionner malgré les effets du trouble de santé mentale. Il peut s'agir d'un projet, d'une déclaration, d'un engagement, et ce, dans le passé, le présent, voire dans le cadre d'une projection future (Morgan, 2019). En reliant un ensemble d'exceptions en une séquence, il est possible de créer un récit qui constitue une histoire alternative aux narratifs qui limitent l'identité de la personne à son problème. Il s'agit alors d'un contre-narratif au trouble de santé mentale grâce auquel la personne prend conscience de ses talents, capacités, valeurs et qualités relationnelles (White, 1995).

Enfin, l'approche narrative est considérée par plusieurs auteurs comme étant fructueuse dans la promotion et l'analyse du développement identitaire des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Par exemple, la nécessité de construire une nouvelle identité dans la réhabilitation des troubles de l'usage de substance est un fait qui a été mis en lumière par plusieurs chercheurs. Pour sa part, Flora (2012) a observé que la nature des narratifs exprimés par les usagers est liée aux phases de la réhabilitation et aux différents niveaux de motivation. En début de traitement, les usagers arborent des narratifs émotionnellement

radicaux, alors qu'à la fin, ils présentent une vision plus nuancée de leurs difficultés et de leurs désirs (Flora, 2012).

Plus encore, France et Uhlin (2006) estiment que malgré une perturbation de la narration de soi plus marquée chez les individus en psychose, ceux-ci conservent leur capacité de *création de sens*. À titre d'exemple, un usager peut avoir d'imposantes hallucinations, mais être tout de même en mesure d'expliquer qu'elles sont les demandes que Dieu lui adresse. L'analyse d'une désorganisation de la narration de soi peut-être un repère pour évaluer comment l'usager progresse vers un rétablissement. En fait, la narration des personnes en psychose présente une difficulté à concevoir une identité d'eux-mêmes qui appartient à différentes catégories d'états internes: « in schizophrenia, disruptions in this ability (i.e. in the dialogical self) may be associated with narrative disruptions such as barrenness of content (perhaps accompanied by classic 'negative' symptoms), rigid and unchanging content, or a cacophony of disorganized content » (France et Uhlin, 2006, p. 58). Pour leur part, Ko et ses collaborateurs (2006) utilisent le terme *insight narratif* pour décrire l'adaptation du récit des personnes psychotiques à leurs principes et valeurs (dans, Bouvet, Naudin et Zajack, 2018).

#### **2.4.2 Reconnaissance de la souffrance à travers la parole de l'usager**

White (2009) a observé que les problèmes des personnes tendent à être reliés à un rapport de pouvoir. Cette relation est notamment responsable de conclusions identitaires négatives. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent alors ressentir un sentiment d'échec personnel et d'insuffisance. Un type de conversation qui est libératoire consiste à amener l'usager à discuter des effets de la domination. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie peut raconter qu'elle se sent rejetée et conclure qu'elle n'a pas de valeur. Le travailleur social peut alors questionner l'usager concernant l'effet de cette conclusion sur sa

vie, par exemple : « Comment est-ce que le fait d'être rejeté vous fait sentir? Pourquoi est-ce que cela ne vous plait pas? ». La personne est ainsi susceptible de remettre à jour de nouvelles conclusions identitaires basées sur des aspirations, intérêts, préférences, etc.

White estime que la simple mise à jour des conclusions identitaires leur enlève leur statut de vérité et les remet en question : « les gens réalisent que leur vie n'est plus liée à ces conclusions négatives, et cela les met en position d'explorer d'autres territoires de leur vie. Au cours de cette exploration, ils arrivent invariablement à des conclusions plus positives à propos de leur identité » (2009, p.36). Les usagers peuvent ensuite être amenés à raconter des récits alternatifs qui confirment ces nouvelles conclusions.

La prise de conscience des récits alternatifs permet à la personne de sortir de la victimisation et d'exprimer une reprise de pouvoir (White, 2009). À cet égard, l'approche narrative de White utilise la référence métaphorique pour définir les actions des usagers face à leurs problèmes (ex. : réduire l'emprise du problème, sauver sa vie, éduquer le problème). L'utilisation des métaphores peut aider le travailleur social à éviter l'uniformisation du problème qui consiste à voir celui-ci uniquement de façon négative. En fait, White estime qu'une uniformisation des problèmes des personnes peut toucher le contexte plus large de leur vie et ainsi, assombrir certains éléments positifs de leur existence. Il faut donc faire évoluer la personne dans sa relation qu'elle a avec l'espoir afin qu'elles deviennent moins vulnérables au découragement et à la frustration. Pour ce faire, le travailleur social peut explorer les forces qu'elle a développé en regard de son trouble de santé mentale.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux utilisant l'approche narrative peuvent accroître l'autodétermination des usagers en trouvant des façons qui mobilisent leur sentiment de prendre une direction favorable pour eux et pour leur entourage (Adels et adels, 2001). Une

étape fondamentale et respectueuse de la dignité des usagers consiste à considérer que les narratifs des personnes constituent des éléments propres à leur histoire de vie : « The worker disallows his/her own learned therapy narrative to impose on the client's story, and works to be honest to him/her own self; neither to impose or place masked narrative on the client ». (Adels et Adels, 2001). Le travailleur social doit prendre du recul sur ses propres connaissances et accepter qu'il y ait de nouvelles sources d'apprentissage unique à la personne et aux groupes. Mori (2019) discute d'une déconstruction du contexte social où l'intervenant prend conscience des différentes dimensions qui façonnent sa pratique, notamment en adaptant son langage. La déconstruction du contexte social peut permettre de défaire les étiquettes psychiatriques, les normes implicites qui induisent un sentiment d'échec personnel et les « je devrais » induits par les narratifs sociétaux qui confirment leur problème (Mori, 2019, p.80).

Dans cet ordre d'idée, France et Uhil (2006) estiment que la prise en charge des troubles de santé mentale tend à être dominée par un narratif culturel biomédical qui suggère que les personnes atteintes manquent de jugement et se doivent d'être médicamentées en continu. Bien entendu, une bonne pratique n'est pas de conseiller les usagers d'arrêter leur traitement médicamenteux (Adels, et Adels, 2001). Cependant, les intervenants doivent prendre conscience du narratif sociétal sur lequel s'appuient les experts pour décider qui, quand et comment une psychopathologie est attribuée (Mori, 2019) : « thus provides a nexus from which to consider the influence of power, politics, and the social context as they relate to diagnoses of and recovery from severe mental illness » (France et Uhil, 2006, p.55). Déconstruire le contexte social de la prise en charge en santé mentale, c'est écouter les histoires des usagers sans systématiquement relier leurs existences expérientielles et émotionnelles au domaine biomédical. Enfin, une conversation libératoire crée des contextes

pour la découverte et le dévoilement d'histoires authentiques : « L'authenticité est vue comme un accomplissement public et social dans lequel les revendications identitaires préférées d'un individu sont reconnues » (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2009, p.55).



## **CHAPITRE 3: La mise en œuvre de l'approche narrative**

Dans cette section, les particularités de la méthodologie de l'approche narrative seront d'abord présentées. Ensuite, sa mise en œuvre sera illustrée à partir de modèles de pratique que White a créés pour guider les intervenants.

### **3.1 Efficacité de la méthodologie narrative**

Bien que plusieurs auteurs se soient positionnés favorablement quant à l'efficacité de l'approche narrative, Vromans et Schweitzer (2011) estiment qu'aucune étude empirique ne soutient cela vraiment en raison de son caractère fortement relativiste. Ainsi, une évaluation serait plus difficile pour cette approche que pour d'autres, pour lesquelles des preuves classiques d'efficacité existent. Il est presque impossible d'appliquer à l'approche narrative un mode traditionnel d'évaluation scientifique utilisant par exemple un essai contrôlé randomisé (ECR). Si les ERC et les autres preuves statistiques fournissent des informations fiables et valides concernant par exemple les changements de comportement (Vromans et Schweitzer, 2011), ils sont toutefois mésadaptées aux considérations pratiques et éthiques de l'approche narrative, qui privilégie le sens, et donc la subjectivité, sur toute autre considération. Contrairement aux ERC, l'utilisation d'un groupe contrôle pose aussi d'importants défis pour les interventions psychosociales. Il est presque impossible de dissocier les facteurs spécifiques et non spécifiques relatifs à un individu en utilisant des informations basées sur les moyennes et les écarts au groupe (Ogles, Lunnen et Bonesteel, 2001). De plus, les résultats statistiques sont difficilement interprétables en termes de causalité: « While a statistical test between the means of treated and control groups gives evidence that treatment efficacy is unlikely to be the result of a chance finding, the test provides no information regarding the “size, importance, or clinical significance” of the results » (Jacobson et Truax, 1991, dans Ogles, Lunnen et Bonesteel, 2001, p. 423).

De plus, l'efficacité des traitements est souvent mesurée en fonction d'une méthodologie traditionnelle qui présume que le changement observé au niveau des symptômes est significatif pour les participants d'un point de vue subjectif. Karpenko (2011) a étudié chez des usagers de services de santé mentale la relation entre les symptômes cliniquement significatifs (CS), au sens subjectivement porteur de sens, ainsi que l'importance de conditions externes et relationnelles importantes (ex. : alliance thérapeutique). Les résultats de l'étude révèlent, notamment, une association entre les symptômes non CS et l'atteinte de certaines cibles de l'intervention comme la perception du changement (73%) et le degré de satisfaction (77%). Ces résultats démontrent que la modification symptomatique est un critère insuffisant pour déclarer un changement significatif d'un point de vue subjectif (Karpenko, 2011), celui qui intéresse l'approche narrative, mais aussi les usagers. En fait, la construction de sens à l'égard du changement implique la subjectivité de la personne concernée : « however, changes in symptoms may not be as meaningful to clients as some other domains » (Karpenko, 2011, p.1). Les stratégies de l'approche narrative permettent donc d'être attentif à l'expérience subjective de la personne, notamment en explorant la signification personnelle des événements, en remettant en doute des normes sociales qui peuvent induire des difficultés et en discutant des omissions, des lacunes et des incohérences dans la narration (Vromans et Schweitzer, 2011). Plusieurs auteurs estiment, malgré l'absence de preuves statistiques que l'approche narrative est cliniquement efficace à propos des différents troubles de santé mentale et de différents contextes si l'on considère le changement du point de vue subjectif de l'utilisateur (Vromans et Schweitzer, 2011). Des études qualitatives qui tendent à démontrer l'efficacité de l'approche de White dans le contexte des troubles alimentaires (Weber, Davis et McPhie, 2006), du suicide chez les minorités sexuelles (Lange, 2021), de la dépression chez les personnes âgées (Korte et al. 2012), etc.

## 3.2 Stratégies de l'intervention narrative

L'approche narrative en White (1980) se concentre donc sur l'amélioration du bien-être général plutôt que sur le changement de comportement, bien que ce dernier puisse advenir à la suite d'une amélioration du bien-être. Le bien-être d'une personne ayant un trouble de santé mentale peut être amélioré en changeant son rapport aux narratifs sociétaux. Pour y parvenir, l'approche narrative propose plusieurs techniques, présentées par la suite.

### 3.2.1 Les cartes de White

D'un point de vue philosophique, le travailleur social utilisant l'approche narrative est un cartographe. Dans les plus récents développements de l'approche narrative, White s'est inspiré des travaux de Gilles Deleuze (1925-1995) pour créer son modèle d'intervention (Mori, 2019). Deleuze s'est intéressé particulièrement aux notions de possibilité, de différence, de multiplicité et de devenir. Il a donné un sens philosophique au rhizome (réseau de tiges souterraines) et l'a associé à l'idée abstraite d'une carte (Casemajor Loustau, 2013). Opposé à la représentation de la structure hiérarchique d'un arbre, le rhizome « est un réseau de connexions potentiellement infini, non hiérarchique, fait de *directions mouvantes*, sans commencement, ni fin, ni positions localisables. Le rhizome lui-même est « non-signifiant, sans mémoire organisatrice, il est devenir » (Casemajor Loustau, 2013, p.14). En analogie au rhizome, Deleuze a conceptualisé une cartographie de l'histoire de vie d'une personne sous forme de nuages de points, lesquels représentent des événements et des rencontres. Le récit d'une personne reflète l'interconnexion que cette dernière fait de ses points par un tracé. Deleuze caractérise la vie comme étant différents nuages de point qui peuvent s'actualiser à l'intérieur d'identités spécifiques et de nouveaux devenirs (Mori, 2019, p.35). White (2008)

ajoute que cette illustration peut soutenir la création d'une histoire alternative offrant de nouvelles possibilités sur la vie, les relations et l'identité (dans Mori, 2019).

Il a ainsi développé différentes cartes pour exposer ses développements cliniques et guider les intervenants. Ces cartes peuvent aider les travailleurs sociaux utilisant l'approche narrative à réagir au cours d'un entretien afin d'explorer les histoires de vie d'utilisateurs, y compris celle qu'il néglige, qu'il tait ou qu'il est incapable d'exprimer : « Cette manière de faire ouvre de nouvelles possibilités pour résoudre les problèmes et les difficultés, d'une manière jusqu'alors impensable pour ceux qui me consultent » (White, 2009, p.15).

Dans le cadre de ce chapitre, les cartes de White seront présentées au regard de leur apport concernant la reprise de contrôle de l'utilisateur sur ses problèmes, la construction de sens à partir d'expériences significatives et la prise de conscience de l'influence des récits sociaux. Chacune sera illustrée par des verbatims élaborés pour l'occasion et portant sur un thème approprié à leur illustration.

### **3.2.1.1 La carte de déclaration de position**

La Carte de déclaration de position est utilisée spécifiquement pour externaliser le problème de l'identité de l'utilisateur (White, 2009). Le travailleur social utilisant cette technique vise à aider l'utilisateur à prendre la position qui lui convient à l'égard de sa santé mentale. Afin d'encourager l'autodétermination de l'utilisateur, l'intervenant doit être vigilant afin de conserver une position à la fois décentrée et influente. La représentation subjective de l'utilisateur concernant sa santé mentale est privilégiée afin de lui permettre d'être l'auteur d'une nouvelle posture face à ses difficultés. Pour ce faire, les questions posées sont spécifiquement

choisies pour orienter et définir la position de l'utilisateur face à sa santé mentale. Au cours d'un entretien, l'intervenant peut faire des allers-retours sur ses différents types de questionnement afin de s'adapter à la narration de l'utilisateur.

White (2009) identifie quatre catégories de questionnement pour guider l'utilisation de la Carte de la déclaration de position dont j'illustre l'applicabilité en référence aux troubles alimentaires. Pour chaque catégorie de questionnement, un exemple de conversations imaginaires externalisantes sera donné. Ces conversations visent à séparer le problème de santé mentale de l'identité de l'utilisateur et à explorer les différentes manières dont il est incarné dans la vie de la personne : « These insights then form the basis for more effective solutions, as the person revises his or her relationship with the problem by responding differently to its demands and expectations » (Hill, 2010, p.281). Notez que les verbatims imaginaires suivants s'inspirent des explications de White (2009), et en reprennent le ton.

La première catégorie prend la forme de la **négociation d'une définition particulière du problème**. L'objectif ici consiste à accompagner la personne à définir pour elle-même le trouble de santé mentale d'une manière qui est en cohérence avec son expérience et sa compréhension de la vie (White, 2009). Ainsi, l'intervenant limite sa description professionnelle des troubles de santé mentale, par exemple en évitant les catégories cliniques ou administratives usuelles (ex. : anorexie mentale). À cet égard, Weber, Davis et McPhie (2021) estiment que l'expérience relative à un trouble alimentaire résulte d'un apprentissage unique à l'expérience de chaque usager, ce qui minore les acquis théoriques des intervenants dans la relation clinique. Par exemple, les difficultés alimentaires sont subjectives à l'individu puisqu'elles se produisent dans un contexte culturel, social, familial qui implique ses relations interpersonnelles (Weber, Davis et McPhie, 2021). De surcroît, la définition du

problème par l'utilisateur implique que celui-ci se réfère à son histoire de vie personnelle : « Contrary to standard diagnostic thinking, the process of naming the problem arises from local contextual insights. The act of giving the client the authorship of the problem is considered to provide agency when it comes to navigating in the landscape of the problem » (Kristensen et Koster, 2014, p.323). En ce sens, l'intervenant utilisant l'approche narrative évite autant que possible de questionner l'utilisateur ayant un trouble alimentaire en référence à un déficit, une insuffisance ou un désordre de la personnalité. Il doit plutôt l'accompagner dans une définition du problème qui s'inspire de sa propre compréhension de son expérience pour décrire les caractéristiques de la situation difficile pour lui et de ses conséquences dans sa vie quotidienne. Pour se faire, White (2009) propose d'utiliser l'imaginaire et la référence métaphorique pour soutenir l'externalisation du problème. L'intervenant peut demander à l'utilisateur de nommer son trouble alimentaire, de le décrire, puis d'expliquer comment il nuit à son quotidien. Cette façon de faire permet à la personne d'exprimer sa position et de découvrir ses compétences utiles à l'auto-régulation de ses difficultés relatives à sa santé mentale. Voici un exemple fictif :

T.S.: Comment pourriez-vous appeler vos difficultés alimentaires de sorte qu'elles représentent leurs effets sur votre vie?

Usagère : Je leur donnerais le nom de *Perfection*.

T.S. : Comment décrieriez-vous *Perfection*?

Usagère : Je dirais qu'elle a l'apparence d'une policière.

T.S. : Comment *Perfection* affecte-t-elle votre vie?

Usagère: Elle me fait toujours *sentir insuffisante*.

T.S. : Racontez-moi des histoires de votre vie qui démontrent comment *Perfection* vous a fait *sentir insuffisante*?

La deuxième catégorie consiste à **explorer les effets du problème**. À cette étape, il s'agit d'accompagner la personne à nommer les effets et influences de ses difficultés sur les différents domaines de sa vie, tels que l'identité, le travail, la maison, les relations avec les pairs, les rêves, les valeurs et les possibilités futures (White, 2009). Le but de la carte de l'exploration de l'effet du problème permet d'ouvrir un espace entre les conclusions identitaires négatives et l'identité de la personne. White (2009) explique qu'il ne faut pas directement contester les conclusions négatives présentées comme vraies et immuables. C'est plutôt par les conversations externalisantes que ces conclusions seront déconstruites. Ainsi, l'exploration de l'influence d'un trouble alimentaire dans la vie d'une personne permet d'identifier des facteurs qui le soutiennent ou l'affaiblissent (Weber, Davis et McPhie, 2021). Au fil de la conversation, la personne est invitée à prendre conscience de ses capacités à *déjouer* l'influence du trouble alimentaire (Weber, Davis et McPhie, 2021). D'ailleurs, Kristensen et Koster (2014) estiment que l'approche narrative permet d'exposer la relation entre les interactions sociales et l'alimentation. Cette dernière tend par exemple à être influencée par les processus de socialisation entre les repas. Ce plus, les attentes normatives, par exemple les heures de repas et la priorisation des menus, peuvent engendrer des conflits d'intimité, de proximité ou d'affirmation sociale (Kristensen et Koster, 2014). Voici un exemple de verbatim illustrant l'exploration de l'effet du problème.

T.S. : Quelles sont les conséquences de ce *sentiment d'insuffisance* dans votre vie personnelle?

Usagère : Je ne me sens jamais belle. Malgré tous les efforts que je fais, j'ai toujours l'impression que les gens vont juger mon apparence.

T.S. : Quelles sont les conséquences de ce *sentiment d'insuffisance* sur vos relations avec les autres?

Usagère : Eh bien, quand quelqu'un me regarde trop longtemps, j'imagine tout de suite qu'il analyse mon corps. Je deviens donc mal à l'aise, mon visage devient rouge et je suis incapable de parler. À cause de cela, j'évite le plus possible de voir mes amis.

La troisième catégorie est **l'évaluation des effets du problème** par la personne. Il s'agit d'interagir avec elle à propos de l'évaluation qu'elle fait de son fonctionnement et de ses activités à l'égard de son problème. White (2009) estime qu'il s'agit souvent d'une expérience nouvelle pour les personnes puisque l'évaluation de leur problème est souvent faite uniquement par des tiers. Cette façon de faire crée un espace discursif et expérientiel afin que la personne puisse regarder l'effet de son trouble alimentaire d'une nouvelle perspective (Weber, Davis et McPhie, 2021). Elle pourra ainsi enrichir son récit sur les effets qu'elle ressent en raison de ses difficultés alimentaires. White (2009) mentionne que les intervenants mettent souvent prématurément un terme à ce type de questionnement, car ils supposent que les personnes évalueront les conséquences d'une manière totalement négative. Cependant, White (2009) estime que la position des personnes vis-à-vis de leurs difficultés est souvent complexe. L'approche narrative est une occasion d'explorer les multiples compréhensions du trouble alimentaire incluant les potentiels effets positifs (ex. : sentiment de contrôle) et négatifs (ex. isolement) : « Narrative therapy offers a nonblaming stance by discussing experiences with eating disorders in manner that separates it from women's identities » (Brown, Weber et Serena, 2008, p.97). Par exemple, les questions externalisantes aident les femmes à prendre conscience que l'utilisation de leur corps à travers le trouble alimentaire est une façon de répondre à des expériences de leur histoire de vie (Brown, Weber et Serena, 2008) :

T.S.: Qualifieriez-vous de positif, négatif ou les deux, le *sentiment d'insuffisance* que vos difficultés alimentaires vous font vivre?

Usagère: Au départ, j'avais l'impression que c'était positif, car ce sentiment me permettait de me dépasser, mais maintenant, je dirais que c'est plutôt négatif.

TS: Quelle est votre position à propos de ce sentiment d'insuffisance? Est-ce que vous l'acceptez?



Usagère: Au fond de moi, je sais que je mérite mieux. Sauf qu'à chaque fois que je pense à rencontrer des gens, surtout des hommes, c'est plus fort que moi...le doute m'envahit.

La quatrième catégorie consiste à inviter l'utilisateur à **justifier l'évaluation de l'effet du problème**. Il s'agit notamment de le questionner l'utilisateur sur les raisons qui expliquent comment il évalue l'effet de son problème. White (2009) considère qu'il peut être aidant de demander à la personne de raconter une histoire qui permet de comprendre les raisons qui l'amène à adopter une position plutôt qu'une autre. Il est aussi possible de demander à l'utilisateur ce qu'une personne significative raconterait à son sujet et qui expliquerait sa justification. L'objectif de la justification de l'effet du problème est d'offrir l'occasion à la personne de nommer des éléments significatifs (ex. : valeurs, principes, intérêts) pour elle et qui fondent ses décisions et comportements. Ce type de questionnement est susceptible de faire ressortir des contradictions entre des valeurs importantes et des conclusions identitaires négatives (White, 2009).

L'approche narrative, notamment en matière de trouble alimentaire, nécessite d'avoir une posture critique envers les narratifs sociétaux intériorisés et leur influence sur le sens des problèmes de la personne : « Instead of accepting the clients' initial expressions of the eating problem, brings about renewed perspectives and prevents also that the counselling processes result in exacerbating the problems rather than mitigating them » (Brown, Weber et Serena, 2008, p. 327). Ainsi, il n'est pas rare que la compréhension initiale des personnes évolue et qu'ils décident de changer radicalement le nom de leur problème (Brown, Weber et Serena, 2008).

En outre, le travailleur social ne doit pas relever les contradictions, mais plutôt relancer une narration visant à développer un récit permettant une nouvelle conclusion (White, 2009). Les

conversations résultant d'une meilleure compréhension des intentions et de ce qui a de l'importance dans la vie de l'utilisateur sont une façon appropriée d'introduire l'application de la stratégie des conversations pour redevenir auteurs (White, 2009) :

T.S. : Pourquoi le fait de vous *sentir insuffisante* vous convient de moins en moins?

Usagère : Honnêtement, ce n'est pas une vie! Je ne peux pas dire que je suis heureuse.

T.S. : Racontez-moi une histoire qui me permettrait de comprendre que le sentiment d'insuffisance vous rend malheureuse.

Usagère : Par exemple, j'adore nager, mais à chaque fois que mes amis vont à la plage, je leur dis que je ne peux pas y aller, que je dois garder ma sœur. En réalité, j'ai seulement peur qu'ils jugent mon corps!

T.S. : La peur du jugement de votre corps vous empêche de faire des activités que vous aimez, n'est-ce pas?

Usagère : Oui! J'étouffe, je me *sens prisonnière de mon propre corps* ! Il me semble que je mérite d'être heureuse !

### 3.2.1.2 La carte des conversations pour redevenir auteur

Selon White (2009), les personnes tendent à expliquer leur problème en le présentant temporellement selon un thème spécifique. Ainsi, leurs difficultés et leurs dilemmes peuvent être reliés à des séquences d'événements qui mettent en scène des personnages importants ainsi que des caractéristiques personnelles, telles que des motivations et des intentions. La carte des conversations pour redevenir auteur consiste à accompagner les usagers dans le développement d'une histoire alternative, notamment en identifiant des événements et des expériences qui sont significatifs pour eux, mais dont la référence est inconsciemment peu utilisée (White, 2009). Cette carte sera illustrée par le thème des troubles dépressifs.

La personne donne un sens à son expérience en les plaçant dans un cadre intelligible : « le récit *donne sens*, il confère aux divers épisodes, protagonistes et gestes épars dans l'espace

et dans le temps une position dans un tout signifiant » (Parent, 2002, p.113). Le travailleur social peut encourager par son intervention la construction d'un cadre davantage intelligible par des questions qui structurent la narration de l'utilisateur et lui permettent d'exercer son esprit imaginaire afin de modifier le sens. À cet égard, la carte pour devenir auteur consiste à analyser l'histoire des usagers selon deux types de composés du récit : le *paysage de l'action* et le *paysage de l'identité*. White (2009) positionne ces paysages comme les pôles d'un continuum sur lequel le travailleur social ancre ses questionnements selon les réponses de l'utilisateur, et ce, sans règle précise.

Le *paysage de l'action* correspond aux éléments de l'histoire des personnes qui réfèrent aux événements, circonstances, séquences, temporalités et intrigues. Un intervenant peut, par exemple, demander à une personne ayant des symptômes dépressifs de décrire un événement particulier et donner un nom à l'ensemble de ses actions à son propos (ex. : protestation). La narration peut alors être relancée sur d'autres événements qui enrichissent la compréhension et la valeur accordée aux actions. L'exploration d'exceptions peut permettre à la personne de raconter des récits subordonnés à ceux qui confirment les difficultés et qui fournissent une base de connaissance sur laquelle elle peut s'appuyer pour redéfinir sa vie. Plus précisément, la narration de ces moments uniques, qui apparaissent à première vue parfois anodins pour l'utilisateur, peut mettre en valeur ou révéler ses compétences et sa capacité d'initiative. Le rôle du travailleur social consiste alors à refléter les actions de la personne d'une manière intersubjective pour qu'elle puisse construire un récit qui active son imagination et qui éveille sa curiosité concernant ses possibilités. White (2009) discute d'une implication dramatique par l'intervenant où celui-ci éloigne les évidences en soulevant les particularités des événements du monde réel et par le fait même, incite la personne à décrire elle-même le sens de son expérience. L'objectif est donc de faire évoluer suffisamment d'événements

subordonnés dans le narratif individuel afin de donner un nouveau sens au problème de la personne.

Pour sa part, le *paysage de l'identité* réfère aux éléments de l'histoire qui comprennent la compréhension des buts, intentions et valeurs, ainsi que les prises de conscience, apprentissages et connaissances (White, 2009). Dans ce contexte, le rôle du travailleur social est de questionner l'utilisateur sur ce que ses actions reflètent de son identité. À ce sujet, Lemogne, Bergouignan et Fossati (2011) apportent des précisions sur l'effet des buts des personnes dépressives lors de la reconstruction narrative de l'action. Il est possible de soulever plusieurs types de buts selon différents systèmes de mémoire.

*La mémoire de travail* est reliée à des buts à court terme et sous-tend des actions telles qu'effectuer un calcul, suivre une conversation, réaliser une séquence de mouvements.

*La mémoire épisodique* permet pour sa part le rappel d'actions réalisées dans le cadre d'une journée et révèle des buts à moyen terme. Par ailleurs, il est possible d'encourager le dévoilement de but à long terme en explorant l'effet des actions réalisées sur celles à venir ; cela constitue la mémoire prospective. Il est important d'encourager le récit d'actions qui sous-tendent des buts à long terme puisque cela augmente la probabilité de consolider des souvenirs significatifs dans l'histoire de vie d'une personne. Par exemple, la personne atteinte de dépression peut ainsi se rendre compte de l'influence de sa mémoire autobiographique sur ses possibilités futures (Lemogne, Bergouignan et Fossati, 2011).

L'utilisation d'une attitude empreinte d'incertitude (ex. : peut-être, comme si, il se pourrait) favorise le doute vis-à-vis de faits présentés comme inéluctables par les personnes. De surcroît, White (2009) estime que la plus importante des compréhensions des usagers découlant des questions relatives aux paysages de l'identité est leur compréhension des états intentionnels au cœur de leurs actions. La compréhension des états intentionnels permet aux usagers de prendre conscience de leurs capacités à faire face à leurs difficultés, imprévus, obstacles, crises, etc. White (2009) ajoute que cela tend à inférer l'initiative et l'attribution des comportements aux caractéristiques personnelles des usagers (ex. : désirs, traits de caractère, convictions, engagements).

Le travailleur social doit être sensible au niveau d'attribution (externe ou interne) de la souffrance de l'utilisateur. Girard et ses collaborateurs (2007) expliquent qu'une attribution externe de la souffrance tend à avoir une fonction de protection des personnes en permettant ainsi une forme de justification de la détresse. L'exploration des facteurs intrinsèques à l'individu à propos de sa souffrance (ex. : les états intentionnels) peut donc augmenter sa vulnérabilité. En ce sens, les intervenants se doivent de respecter le rythme des usagers en détresse afin d'établir un climat propice au dévoilement de soi: « les facteurs émotionnels sont spontanément évoqués par des patients qui sont pourtant d'habitude connus pour être très défensifs lors de l'investigation de la sphère psychologique » (Girard et ses collaborateurs, 2007, p.4). Dans cet ordre d'idées, il est pertinent qu'un travailleur social veille à ce qu'un usager exprime ses émotions puisqu'elles sont fondamentales à l'organisation de la mémoire autobiographique (Lemogne, Bergouignan et Fossati, 2011). Les perturbations émotionnelles chez les personnes déprimées peuvent être reliées à des

anomalies du rappel en mémoire autobiographique, telles que la surgénéralisation, les souvenirs intrusifs et l'incongruence de l'humeur (Lemogne, Bergouignan et Fossati, 2011).

Voici un exemple d'application de la Carte des conversations pour redevenir auteur dans le contexte d'une personne présentant un trouble dépressif.

Usager : Je n'ai plus envie de rien faire. Je refuse toutes les demandes de mes amis pour aller jouer au hockey.

T.S : Racontez-moi une conversation que vous avez eue avec un ami sur ce sujet. (paysage de l'action)

Usager : Ça faisait environ 5 fois que je ne répondais pas à Richard, puis quand j'ai enfin répondu, il a tout fait pour me convaincre d'aller jouer au hockey. Richard était vraiment insistant, mais je lui ai expliqué que je n'avais plus le moral depuis ma séparation. Je lui ai dit que je le rappellerais.

T.S. : Qu'est-ce que cette conversation révèle sur vous? (paysage de l'identité)

Usager : Eh...j'ai dit la vérité à Richard, donc j'imagine qu'on peut dire que je suis honnête. Je dois dire que ça m'a pris du courage pour enfin lui répondre et, surtout, pour lui avouer que je n'avais pas le moral. J'imagine que toute mon équipe sera au courant maintenant.

T.S. : Donc, ça évoque de l'honnêteté et du courage. Il s'agit de belles qualités! Racontez-moi une autre situation où vous avez fait preuve d'honnêteté et de courage.

### **3.2.1.3 La carte des conversations de regroupement**

L'approche narrative de White implique de considérer que les usagers des services en santé mentale construisent leur identité grâce à leurs rencontres plutôt que seulement à l'aide de leur moi central (White, 2009). White (2009) illustre cet aspect identitaire par l'image du *club de vie*, soit le regroupement des personnages significatifs du passé, présent et futur de l'histoire de vie d'un usager. La carte des conversations de regroupement vise à « de donner à certains membres un statut plus important et à d'autres moins important ; honorer certains membres et en révoquer d'autres; accorder davantage d'autorité à certaines voix en matière

d'identité personnelle et en disqualifier d'autres sur le même sujet » (White, 2009, p.135). Il s'agit, entre autres, d'accompagner les usagers à l'égard de leurs engagements relationnels qui ont été déterminants dans leur vie. Les personnages significatifs n'ont pas besoin d'être humains ; il peut s'agir d'un personnage de films ou de bandes dessinées, d'un animal, voire, d'une peluche. L'utilisation de la carte des conversations de regroupement est particulièrement pertinente pour les personnes victimes d'une autre personne ou d'un événement impliquant des personnages (White, 2009). En ce sens, j'illustre cette carte au contexte du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Encourager l'utilisateur à raconter la contribution d'une personne significative dans sa vie lui permet de reconnecter avec l'espoir et de valoriser son existence. On peut décrire ce processus comme une forme de reconstruction, où, progressivement, de nouvelles formes identitaires sont introduites dans la narration, puis intégrés. Il s'agit d'un principe adapté au TSPT puisque sa prise en charge consiste notamment à intégrer le traumatisme à l'histoire de vie du sujet (El-Hage, 2018). Une narration périphérique au traumatisme permet de lutter contre l'évitement mental qui empêche la transformation du souvenir traumatique (El-Hage, 2018). Le travailleur social peut ainsi encourager la narration du souvenir traumatique et part le fait même accompagner un usager à propos de sa vision du monde et de soi. Parent (2002) décrit d'ailleurs le récit comme une nécessité pour celui qui a vécu une expérience traumatique, car il est le seul à permettre l'intégration du traumatisme et ce qui est en contradiction avec celui-ci. La reconstruction narrative permet aussi aux usagers de défier les conceptions des narratifs sociétaux de l'identité. En occident, l'identité tend à être socialement comprise comme un concept qui privilégie « des normes de maîtrise de soi, de réserve, d'indépendance, et de réalisation de soi contemporaines et d'automotivation » (White, 2009, p.143). La carte des conversations de regroupement permet aux personnes de

sortir de l'isolement en contribuant à la construction d'un sens de l'identité « multi-vocal » (White, 2009, 143). Quatre types de questionnement peuvent guider la mise en œuvre de cette carte par un travailleur social.

Premièrement, il est possible de **questionner l'utilisateur quant à la contribution d'un personnage significatif**. Une disposition mentale pertinente chez l'intervenant est de concevoir les personnes atteintes d'un TSPT comme des survivants. Ces derniers vivent leur vie avec un événement inachevé qui, par conséquent, se poursuit dans leur présent (Parent, 2002). Inviter les usagers à raconter des expériences avec des personnages significatifs peut les aider à tracer les limites de la réalité du traumatisme (causalité, lieu, temps). Plusieurs personnes ont le réflexe de nommer des raisons naturelles à l'humain pour expliquer leur survie face à des traumatismes, comme des motivations inconscientes de l'humain (ex. : instinct, pulsions). Cependant, les conclusions naturalistes ne permettent pas aux personnes de développer une compréhension riche de leur histoire de vie. Il est plutôt avantageux de relier cette dernière à des aspects relationnels et sociaux qui ont aidé les personnes à faire face aux événements traumatiques.

Deuxièmement, il est possible de **questionner la perception que l'utilisateur se fait de son identité à travers les yeux d'une personne significative**. L'intervenant peut explorer les raisons (ex. : qualités, traits de personnalité) qui expliquent l'intérêt de la personne significative pour l'utilisateur (White, 2009). Cela permet de développer de nouvelles significations aux effets identitaires créés par le traumatisme (El-Hage, 2018). De plus, l'utilisateur est amené à reconnecter avec des valeurs et des actions qui peuvent être interprétées comme des prises d'initiative. Le récit relatif à la perception de soi par une personne significative peut alors contribuer à façonner une identité narrative en mouvement en lien



avec vers une sécurité relationnelle accrue (El-Hage, 2018). Les nouvelles formes identitaires peuvent alors être renforcées par des conversations qui explorent la contribution de l'utilisateur à la vie de personnes significatives en périphérie de l'expérience traumatique.

Troisièmement, il faut inviter la personne à retracer **comment elle a contribué à la vie d'un personnage**. Ce type de questionnement permet à l'utilisateur de prendre conscience qu'il n'est pas un bénéficiaire passif de ses relations (White, 2009). Cette prise de conscience est particulièrement pertinente pour les personnes traumatisées puisqu'elles ont souvent l'impression d'être en retrait des autres (Anciens combattants Canada, 2019). Les préoccupations et le dépassement émotionnel amènent aussi les personnes traumatisées à être perçues comme égocentriques par autrui (Anciens combattants Canada, 2019). Ainsi, la narration concernant la contribution de l'utilisateur à l'égard d'une personne significative permet d'évoquer des compétences interpersonnelles et de déconstruire des effets identitaires négatifs. Pour se faire, le travailleur social peut questionner l'utilisateur de façon à lui faire prendre progressivement conscience de sa contribution à une tierce personne (White, 2009), par exemple : Avez-vous accepté l'invitation de cette personne à la rejoindre dans une activité qu'elle aimait? En acceptant cette invitation, croyez-vous avoir démontré du respect pour ce qu'elle valorisait? Que pensez-vous que cette personne ait pu ressentir en partageant ce moment avec vous?

Quatrièmement, il s'agit de **questionner la manière dont cette relation a façonné ou peut façonner le sentiment que le personnage avait de lui-même, et du sens qu'il donnait à sa vie** (White, 2008, p.145). L'utilisateur est alors invité à réfléchir à la manière dont le fait d'avoir été aidé a pu valider et renforcer des buts et des valeurs chez une personne

significative. Cette exploration permet de donner un sens à des aspects négligés de la vie des usagers et d'ancrer une conception active de son existence (White, 2009). Cette narration est intéressante puisqu'elle permet d'associer le rappel de souvenirs relatifs aux relations de l'utilisateur à des émotions positives. La remémoration positive peut nuancer l'expérience des usagers face aux éléments traumatiques *oubliés*. Lindblom et Gray (2010) expliquent que certains types de traumatisme sont associés à l'amnésie traumatique partielle et complète. C'est notamment le cas pour les traumatismes impliquant une violation de la confiance en contexte de dépendance relationnelle (ex. : inceste) : « Freyd et al. concluded that greater dependence on a perpetrator is associated with more memory impairment for abuse » (Lindblom et Gray, 2010, p. 4). L'intégration de souvenirs positifs auprès de personne ayant un TSPT permet, entre autres, d'identifier des valeurs, de mettre en évidence des changements émergeant d'expériences traumatisantes et de favoriser la croyance que la personne peut vivre des expériences positives (Contractor et al., 2019).

Voici un exemple d'application de la carte des conversations pour redevenir auteur dans le contexte d'une personne présentant un trouble de stress post-traumatique.

T.S : J'entends que les agressions de la part de vos parents ont été des expériences hautement traumatisantes. Parlez-moi d'une personne qui à cette époque vous a aidé à survivre à ces événements?

Usager : Je ne sais pas. J'étais très renfermé. J'allais à l'école et revenait directement chez moi.

T.S : Qui durant votre parcours scolaire vous a permis d'adoucir votre souffrance?

Usager : Eh bien, il y avait cette enseignante, Solange. Elle était tellement gentille avec moi. J'avais parfois l'impression que j'étais son *chouchou*.

T.S : Ah oui? Que faisait-elle de particulier?

Usager : Elle me choisissait souvent pour des fonctions particulières. Par exemple, elle m'avait nommé *personne-ressource* de la récréation. Je devais aider les plus jeunes pour diverses tâches.

T.S. : Savez-vous ce qu'elle valorisait chez vous que les autres enfants n'avaient pas?

Usager : Probablement ma patience. La plupart des élèves abandonnaient le rôle de *personne ressource* rapidement.

T.S. : À votre avis, en quoi la vie de Solange a pu être différente grâce à votre présence?

Usager : J'imagine que ça lui faisait plaisir de me voir aider les plus jeunes. Elle devait sûrement avoir l'impression d'encourager des bons comportements.

T.S. : Est-ce que vous pensez que cela aurait pu renforcer des valeurs précieuses pour elle?

Usager : C'est évident. Elle s'est sûrement sentie comme une bonne enseignante. Une enseignante qui valorise l'entraide entre les enfants.

#### **3.2.1.4 La carte des conversations qui mettent en lumière des événements uniques**

White (2009) estime que la majorité des gens accordent du sens qu'à une petite quantité d'expériences de leur vie. Ils sélectionnent ainsi des événements familiers de leurs histoires dans la construction de sens à propos de leurs problèmes. D'autres événements, notamment ceux de la vie quotidienne, passent cependant plus ou moins inaperçus. Or, placées dans un contexte favorable, les histoires *négligées* peuvent prendre le statut d'*événement unique* ou d'*exception*. Les conversations qui mettent en scène des événements uniques permettent aux usagers de prendre davantage conscience à ce qu'ils accordent de la valeur et de prendre parole concernant leurs intentions dans la vie (White, 2009). Le rôle de l'intervenant est alors d'encourager la narration d'événements uniques afin que ceux-ci soient suffisamment développés pour que l'utilisateur accède à ses désirs, buts et aspirations. J'illustre la carte des conversations qui mettent en scène des événements uniques au regard du trouble de la personnalité antisociale.

White explique que cette carte s'applique selon les mêmes catégories de questionnement que la carte de déclaration de position. Cette fois-ci, plutôt que de centrer la conversation sur les situations difficiles dans la vie des usagers, il faut focaliser l'intérêt sur les événements uniques et les exceptions à la narration saturée par le problème.

La première étape est de **négoier une définition de l'exception particulière et personnelle** (White, 2009).

T.S. : Racontez-moi un moment où vous avez résisté à l'envie de voler.

Usager : Quand je suis sorti de prison, il y a 6 mois, j'ai repris contact avec mon ami Ludovic. Dès le départ, il m'a demandé de voler la bijouterie du coin. J'ai refusé.

T.S. : Expliquez-moi comment cela s'est passé. Qu'est-ce qui fait que cette fois-ci vous n'avez pas accepté de participer à un vol?

Usager : Je ne sais pas...Je ne voulais juste pas me mettre dans le trouble! Je venais de passer 2 ans en prison.

T.S. : *S'éloigner du trouble...*c'est comme cela que vous nommez ce moment d'exception?

Usager : Bah oui. C'était une décision logique.

T.S. : D'accord, ce moment d'exception représente une façon de *s'éloigner du trouble* et une *décision logique*.

La deuxième étape consiste à **questionner l'effet de l'événement unique**. Plusieurs domaines de vie de l'utilisateur peuvent être explorés pour analyser les effets d'exceptions aux difficultés du trouble de santé mentale, par exemple les relations familiales et professionnelles, les relations avec les amis et la relation de soi à soi. Les effets futurs des moments uniques peuvent aussi être explorés afin de générer l'espoir et une prise de conscience des possibilités futures. White (2009) estime qu'une telle exploration permet de fixer le sens de l'événement unique et de rejeter des conclusions selon lesquelles il s'agirait d'un coup de chance ou d'une absurdité. Exemple :

T.S. : Qu'est-ce que *s'éloigner du trouble* vous a donné comme possibilités?

Usager : Comme possibilités...Eh...ça m'a permis de ne pas briser mes conditions de libération.

T.S. : D'accord. Pouvez-vous m'expliquer ce que cela signifie pour vous.

Usager : Ça me permet de *rester libre*

T.S. : Racontez-moi ce que *rester libre* vous permet comme possibilités futures.

Usager : *Rester libre* me permettrait de voir grandir mon fils. Je veux être un père présent.

La troisième étape est **l'évaluation de l'effet de l'événement unique**. White (2009) mentionne que cette évaluation aide l'utilisateur à prendre une pause afin d'identifier et d'exprimer l'expérience qu'il fait. Cela leur permet aussi de porter son propre jugement sur la situation. Exemple :

T.S. : Si on récapitule, *s'éloigner du trouble* vous permet de *rester libre* et d'être un *père présent*, c'est bien cela?

Usager : Oui, c'est bien ça.

T.S. : Qu'est-ce que cela vous fait de pouvoir *rester libre* et d'être un *père présent* pour votre fils!

Usager : Eh bien... c'est positif.

T.S. : C'est positif pour qui?

Usager : Pour moi...et pour ma famille.

T.S. : D'accord. On peut qualifier quelque chose de positif à différent niveau...Il y a positif et...positif! Pouvez-vous m'en dire un peu plus sur la façon dont c'est positif pour vous?

Usager : Bien...ça me fait sentir bien!

La quatrième étape consiste à inviter l'utilisateur à **justifier l'évaluation de l'effet du moment unique**. L'utilisateur peut raconter une histoire ou une anecdote qui aide à comprendre la position qu'il adopte face l'exception. Exemple :

T.S. : Savez-vous pourquoi le fait de rester libre et d'être un père présent est positif et vous fait sentir bien?

Usager Vous savez, j'ai volé pour aider ma famille, mais cela a vraiment foutu ma vie en l'air. Parfois, je me réveille la nuit en sursaut, car je pense être encore en prison. C'est vraiment un soulagement quand je constate que je suis à côté de ma femme.

T.S. : Pourquoi le fait de vous réveiller près de votre femme est un soulagement pour vous?

Usager : J'ai l'impression d'être au bon endroit. Disons que dans le passé je me suis souvent réveillé avec d'autres femmes ou dans des endroits loin d'elle.

T.S. : Quoi d'autre pourriez-vous me dire qui m'aiderait à comprendre qu'être *un père présent* est positif et bien pour vous?

Usager : Ce n'est pas compliqué...Pensez-vous que je suis fier d'avoir laissé mon fils avec sa mère! Pensez-vous que je me sens comme un bon père? Je me sens coupable! Je veux juste que mon fils ait des bons souvenirs de son père...

T.S. : Racontez-moi des souvenirs vous aimeriez que votre fils ait de vous?

### **3.2.1.5 La carte des conversations en échafaudage**

White (2009) estime que les personnes tendent à utiliser des moyens connus pour répondre à leurs problèmes. Ainsi, ils s'engagent dans des actions qui correspondent aux conclusions identitaires familières sur leur vie et leurs relations. White (2009) appelle *zone de proche développement* l'écart entre ce que les usagers connaissent de leur vie et ce qu'ils pourraient savoir. Le travailleur social peut accompagner l'utilisateur à progresser par étape au travers de cette zone en appliquant la carte des conversations en échafaudage. Le but de cette manœuvre est que l'utilisateur accède à un sentiment de contrôle sur sa vie qui sous-tend ses compétences et connaissances personnelles (White, 2009). Pour ce faire, le travailleur social doit accompagner l'utilisateur par *échafaudage*, c'est-à-dire par un apprentissage par étape qui ne demande pas de « de sauts impossibles ou improbables qui contribueraient à l'épuiser et à lui donner un sentiment d'échec » (White, 2009, p.275). White (2009) s'est inspiré des travaux de Vygotski (1997) sur l'apprentissage et le développement pour créer cette carte. Il présente

cinq types de questionnements (tâches) pour guider l'intervenant. Je l'illustre par l'exemple de la phobie sociale.

Premièrement, **les tâches de bas niveau de distanciation** aident l'utilisateur à prendre une petite distance de ce qui est connu et familier. Il s'agit de tâches qui encouragent la caractérisation des événements. Par exemple, la négociation d'une définition propre à l'utilisateur pour décrire son trouble de phobie sociale est une tâche de bas niveau de distanciation (White, 2009), car l'utilisateur utilise ce qui est familier à son vécu immédiat pour décrire ses difficultés.

Deuxièmement, **les tâches de niveau moyen de distanciation** permettent à l'utilisateur de prendre une distance plus grande par rapport à ce qui est connu et familier. Ce type de tâches aide les gens à mettre en relation leurs problèmes en développant des liaisons associatives. Par exemple, l'exploration des effets du trouble de phobie sociale par l'utilisateur est une tâche de niveau moyen puisque cela permet de lier des situations à ses difficultés. La personne peut aussi comparer et catégoriser des événements au regard de similitudes. On considère que l'exploration des effets du trouble est de niveau moyen de distanciation, car il nécessite la référence aux expériences légèrement éloignées du vécu immédiat de l'utilisateur.

Troisièmement, **les tâches de haut niveau de distanciation** aident la personne à prendre une distance encore plus grande par rapport aux éléments connus, familiers. Ces tâches tendent à faire réfléchir, évaluer et tirer des apprentissages chez l'utilisateur à partir des liaisons associatives développées lors de la tâche précédente. Cette fois-ci, plutôt que de demander uniquement les effets du trouble, il est possible de questionner l'évaluation que l'utilisateur fait de ses conséquences (ex. : « Je trouve cela horrible d'être isolé »). Selon White (2009), il

s'agit d'une tâche de haut niveau, car elle nécessite une distanciation élevée du vécu immédiat de l'utilisateur.

Quatrièmement, **les tâches de très haut niveau de distanciation** permettent une très grande distance de ce qui est connu et familier. Ces tâches visent à encourager les utilisateurs à formuler des concepts à propos de la vie et l'identité. Par exemple, la justification de l'évaluation de l'effet de la phobie sociale par l'utilisateur est une tâche de niveau très élevé de distanciation puisqu'elle aide à la prise de conscience à partir d'éléments identitaires (ex. : Je n'apprécie pas d'être isolé, car je rêve de faire des conférences), ce que White considère comme étant très éloigné du vécu immédiat de l'utilisateur.

Cinquièmement, **les tâches de niveau supérieur de distanciation** sont celles qui permettent aux utilisateurs de prendre la plus grande distance vis-à-vis de ce qui est connu et familier. Elles consistent à faciliter le développement de propositions dans la vie qui sont en accord avec les concepts développés concernant la vie et l'identité. Par exemple, la proposition d'actions (ex. : aller dans un lieu public quelques minutes) qui sont en accord avec ce qui est important pour un utilisateur (ex. : sentiment de contrôle de soi) au regard de son trouble de phobie sociale est une tâche de niveau supérieur de distanciation.

#### **3.2.1.6 La carte des cérémonies définitionnelles**

White a développé la carte des cérémonies définitionnelles pour exposer l'application de son approche auprès des groupes. Une cérémonie définitionnelle comprend un utilisateur et une autre personne considérée comme un témoin extérieur. Ce peut aussi impliquer de plus gros groupe (ex. : un utilisateur et ses parents). Ce dernier peut être une personne inconnue de



l'utilisateur, un membre de sa famille ou un professionnel de la santé. L'objectif de la cérémonie est d'utiliser la présence d'un auditoire pour permettre aux usagers de se raconter et de rendre hommage à leur histoire de vie. Dans le cadre de sa pratique, White (2009) a découvert que la *re-narration* du témoin permet d'accélérer une évolution positive chez ses clients qui dépasse généralement la contribution du seul intervenant. Il estime que cette intervention aide à reconnaître et à revaloriser la vie des personnes contrairement aux narratifs sociétaux qui tendent à engendrer le jugement et la dévalorisation. La re-narration par un auditoire contribue au développement de narratifs personnels qui contredisent les normes socialement construites et qui sous-tendent souvent des relations de pouvoir. Hill (2010) ajoute que la rétroaction des membres d'un groupe permet à un usager de développer ses histoires alternatives préférées : « In narrative therapy, such an audience plays a vital role in validating, shaping, and solidifying new stories as they are constructed (2010, p.282). Ainsi, la re-narration par le témoin externe permet d'accroître le sentiment d'authenticité personnelle, notamment par l'amplification et l'autorisation des revendications identitaires des usagers. Le contexte de groupe fournit un cadre plus large pour le dévoilement et la reconnaissance de ce à quoi les usagers accordent de la valeur dans leurs actes quotidiens.

White (2009) identifie trois étapes qui structurent la cérémonie définitionnelle. La première étape consiste à **inviter l'utilisateur à raconter une histoire de vie significative pour lui et qui présente son problème**. Le travailleur social doit poser des questions qui favorisent la narration de l'utilisateur en lien avec des éléments de son identité et de ses relations (White, 2009). Durant cette étape, le témoin extérieur agit en tant qu'auditoire ; il écoute la narration de l'utilisateur afin de pouvoir dévoiler ce qu'elle a fait résonner en lui lors de la prochaine étape.

La deuxième étape est la **re-narration de l'histoire par les personnes invitées comme témoins extérieures**. Il y a renversement des rôles, c'est-à-dire que c'est maintenant au témoin extérieur de dévoiler ce qu'il a compris de la narration de l'utilisateur, alors que celui-ci écoute en retrait. White (2009) explique que cette *re-narration* n'est pas un résumé ni un espace où le témoin exprime des conseils ou des opinions. C'est plutôt une re-narration d'aspects ayant capté l'attention du témoin, éveillé son intérêt et qui s'inscrivent dans une reconnaissance pertinente au développement d'histoires alternatives. L'approche narrative de groupe doit permettre d'enrichir positivement les histoires de vie des participants, notamment par la mise en lumière des objectifs et des intentions des utilisateurs, plutôt que par la recherche des causes qui ont influencé leurs comportements et les défis qu'ils rencontrent (Ricks et al., 2014). Le travailleur social doit être vigilant dans la sélection de ses mots afin d'encourager un récit qui démontre l'influence des personnes sur leur problème et qui soulèvent des compréhensions personnifiées (Hill, 2010). À cet égard, White (2009) identifie quatre catégories de questionnement de la *re-narration*. Ces questionnements sont aussi présentés au témoin avant la cérémonie pour le préparer :

- (1) Demander au témoin de **décrire les mots et expressions** qui ont attiré son attention, stimulé son imaginaire. Cette *re-narration* permet de démontrer un intérêt spécifiquement à l'égard de l'utilisateur, notamment à propos de ce qu'il valorise.
- (2) Demander au témoin de **nommer une image, une représentation** inspirée de la narration de l'utilisateur. Ces représentations peuvent prendre la forme de métaphore qui suggère des buts, rêves, aspirations et engagements de l'utilisateur.
- (3) Questionner **la résonance des mots et expressions de l'utilisateur** chez le témoin qui dévoilent des expériences de sa vie qui expliquent son intérêt pour ces expressions de l'utilisateur. White (2009) estime que cela permet de dissocier l'intérêt désincarné et académique de l'intervenant de l'intérêt incarné et personnel du témoin.
- (4) Questionner le témoin sur **l'incidence d'avoir écouté l'histoire de vie de l'utilisateur** en favorisant l'expression de sa réflexion sur son existence, la vie, ses conversations ou choix d'action qu'il aurait pu avoir. Cela permet de démontrer au témoin sa reconnaissance envers l'utilisateur.

La troisième étape consiste à **demandeur aux usagers ce que la *re-narration* des témoins leur a permis de comprendre de leur situation**. Pour se faire, White (2009) propose de mener l'entretien par les mêmes quatre catégories de questionnement ayant servi à guider la *re-narration* des témoins. Par exemple, il est possible de demander aux personnes de nommer les images et représentations de leur vie évoquées par les témoins. On peut ensuite inviter les usagers à explorer le sens qu'ils accordent à ces représentations/images. Cela permet, notamment, de valider certains comportements ainsi que de générer de nouvelles compréhensions et stratégies pour palier à leurs difficultés. Enfin, le travailleur social peut se référer aux nouveaux acquis de l'utilisateur pour suggérer des métaphores qui reflètent l'influence des narratifs sociétaux et les actions pouvant être mis en place pour résoudre des défis (Hill, 2010). Des métaphores communes entre deux participants peuvent être utilisées pour faciliter l'interaction dans un groupe. Le travailleur social doit cependant être vigilant et présélectionner des métaphores qui ne déclenchent pas de processus psychotique ou de souvenirs traumatiques : « Metaphors related to battle or conflict were avoided due to their many potential limitations : [...] They often portray problems as entirely negative, invalidating clients' ambivalence and ignoring the possibility that the problem may continue » (Hill, 2010, p. 283).

Lors de mon stage, j'ai adapté l'approche narrative de White dans le cadre d'interventions de groupe en santé mentale. Ces groupes étaient constitués de personnes ayant des difficultés de santé mentale variées, mais dont les besoins et les obstacles de vie étaient similaires (ex. : violence conjugale, consommation de drogues). À ce moment, je ne connaissais pas la carte des cérémonies définitionnelles de White (2009). Cependant, mon utilisation spontanée de l'approche narrative en contexte de groupe se rapproche de ses recommandations. En effet, la programmation de mes ateliers de groupe était principalement centrée sur le dévoilement

d'une expérience, émotion ou valeur, puis d'une discussion collective concernant ce partage. Mon utilisation de l'approche narrative en contexte individuel et de groupe, ainsi que les similitudes et les différences de la pratique de White seront présentées dans le prochain chapitre.

## CHAPITRE 4 : Utilisation de l'approche narrative de White dans le cadre de mon stage

### 4.1 Contexte de stage

Mon stage s'est déroulé au CLSC Bertrand-Fabi à St-hyacinthe<sup>1</sup>, plus précisément dans le secteur santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne. Pour définir mon projet de stage, j'ai consulté les intervenants en place, car je présumais qu'ils seraient plus motivés à m'aider s'ils avaient l'impression que le projet pouvait avoir une incidence positive sur leur réalité. À cet égard, les intervenants ont nommé deux besoins : **(1)** promouvoir la mobilisation des usagers vers les services communautaires et **(2)** offrir une intervention de groupe.

Pour construire le projet, j'ai utilisé des cadres théoriques et des concepts qui m'ont particulièrement intéressé dans mon parcours scolaire en travail social. J'ai décidé de m'inspirer du cadre théorique de l'intersectionnalité pour faire un plan d'action qui rejoint l'ensemble des programmes en santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne, soit, **Premier épisode psychotique (PEP), Suivi d'intensité variable (SIV) et Suivi d'intensité modéré (SIM)**. Mon postulat était que les usagers avaient des obstacles reliés à leur santé mentale, mais surtout que ces obstacles se cumulaient à d'autres facteurs de risques, besoins et difficultés (Harper et Kurtzman, 2014). J'ai aussi tenté d'appliquer un cadre théorique qui permet de respecter l'intersubjectivité des personnes et qui considère leurs buts, intérêts, et expériences comme une dimension importante de l'intervention. Ainsi, le stage se construisait au fur et à mesure que je rencontrais les usagers. Enfin, le développement d'interventions de groupe s'est fait en reliant des personnes en fonction de la similitude de leurs besoins et obstacles, plutôt que de leur trouble de santé mentale.

---

<sup>1</sup> Toutes les informations nominatives sont fictives

Un autre fondement de mon projet de stage était la prise en compte d'une conceptualisation positive de la santé mentale. J'avais en tête que la promotion d'une santé mentale distante de la psychopathologie faciliterait la valorisation des différences entre les usagers et, par le fait même, l'ouverture à l'autre, ce qui rendait pertinente l'approche narrative.

Je constate maintenant que mes connaissances de l'approche narrative étaient limitées. Cependant, le récit d'éléments choisis par l'utilisateur pour dévoiler son histoire de vie me semblait une façon de développer un lien de confiance rapide et de respecter son autodétermination. L'utilisation de la narration libre ou selon un thème (ex. : émotions, loisirs, aspirations) m'apparaissait aussi une méthodologie facilement applicable et adaptable tant à l'intervention individuelle que de groupe.

Enfin, la collaboration partenariale et intersectorielle me semblait essentielle, d'une part pour réaliser un projet sensible à l'ensemble des besoins des usagers, d'autre part, pour faciliter l'implantation durable du projet. Mon hypothèse était qu'une collaboration avec les organismes communautaires aiderait ces derniers à mieux connaître les usagers des programmes de santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne et vis-versa, puis permettrait une meilleure collaboration entre les intervenants du CLSC et des organismes communautaires.

#### **4.2 Objectifs du stage**

- (1) Faire la promotion de la mobilisation des utilisateurs des programmes en santé mentale par la présentation des services offerts dans la communauté.
- (2) Consolider les liens entre le CLSC (santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne) et leurs partenaires.
- (3) Expérimenter l'approche narrative. C'est surtout ce dernier objectif qui sera présenté dans les prochaines pages.

#### **4.3 Phase 1 : rencontres individuelles**

Mon expérience lors des rencontres individuelles me permet d'affirmer que l'approche narrative de White peut être utilisée sans règle précise, et donc adaptée au contexte singulier de chaque intervention. J'ai utilisé plusieurs médiums pour encourager la narration des usagers concernant leur histoire de vie, leurs besoins et leurs difficultés. L'objectif des rencontres individuelles était de faciliter le dévoilement de besoins importants pour les usagers et de les inviter à participer à une intervention de groupe qui répondait à leur besoin. Je leur expliquais donc que ce groupe se déroulerait avec des personnes ayant des besoins similaires et en partenariat avec un organisme communautaire pertinent. J'ai rencontré 20 usagers, dont 16 qui ont accepté de participer à une intervention de groupe. Je présente ici mon application personnalisée de l'approche narrative de White, ainsi que ses effets.

#### **4.3.1 La ligne de vie**

Lors des rencontres individuelles, je débutais en remerciant les personnes d'avoir accepté de me rencontrer. Je leur disais aussi que je n'avais pas lu leur dossier médical, ce qui me permettait de ne pas avoir d'idée préconçue de leur histoire de vie. Cela permettait aussi aux usagers de dévoiler uniquement ce qu'ils voulaient. Puis je leur expliquais que, dans le cadre de mes études, je réalisais un projet centré sur l'histoire de vie des personnes. Je leur témoignais mon intérêt pour une compréhension approfondie de leur réalité en tant qu'utilisateur des services en santé mentale. Je pense que cette approche a établi dès le départ une relation égalitaire dans laquelle je n'étais pas en position de supériorité et où le savoir expérientiel était valorisé. Puis je leur suggérais la ligne de vie afin d'inscrire chronologiquement des événements significatifs. La ligne de vie est un tracé horizontal divisé verticalement par le nombre d'années de vie d'une personne. Elle aide la personne à avoir une vue d'ensemble sur son histoire de vie lors de sa narration. Elle facilite aussi la référence à l'expérience passée, présente et future. J'ai remarqué que cet outil contribuait à diminuer l'anxiété

associée au fait de se dévoiler à un inconnu. Plutôt que de me regarder dans les yeux, les personnes pouvaient fixer la ligne de vie et prendre le contrôle de l'intervention. Par exemple, certains participants ont refusé de me parler de leur enfance. La ligne de vie, présentée comme une activité, permettait alors d'éviter un malaise et de relancer une narration moins anxiogène : « Je respecte que vous ne vouliez pas parler de votre enfance. Y a-t-il des événements importants survenus au début de l'âge adulte dont vous accepteriez de parler » ?

Dans la majorité des cas, les usagers concentraient leur narration sur un sujet précis (ex. : la consommation de drogues) et les conséquences sur leur vie (ex. : psychose, rupture). À ce moment, je les écoutais activement en leur reflétant leurs forces, ressources et émotions. Ensuite, je les invitais à s'imaginer dans un futur positif et les accompagnais pour nommer le sens de cette projection sur leurs besoins immédiats : « J'entends que dans un futur idéal vous ne consommeriez pas d'alcool. Quelles sont les raisons qui vous amènent à souhaiter d'être abstinent ? Comment vous sentiriez-vous ? » J'ai observé que cette méthode tend à permettre une prise de conscience qu'un présent difficile n'est pas immuable. Je pense aussi que cela facilite la prise d'initiative envers une mobilisation qui confirme un état futur désiré. C'est sous ce principe que j'invitais les usagers à participer à un atelier de groupe spécifique à leurs besoins. J'ai vraiment pris conscience de la plus-value de la narration en constatant que les besoins convenus avec les usagers étaient parfois différents de ceux envisagés par les intervenants.

Néanmoins, la ligne de vie était parfois inadaptée au contexte d'intervention. Par exemple, certains usagers élaboraient peu, ce qui donnait l'impression d'assister à une entrevue. Pour d'autres, l'activité semblait trop intrusive. La suite présente des alternatives ou des compléments à la ligne de vie.



## **4.3.2 L'inférence lexicale et artistique**

### **4.3.2.1 Le poème**

Tel que mentionné précédemment, j'ai utilisé divers médiums pour relancer la narration des usagers. C'est le cas d'une personne qui était timide et dont le dévoilement était superficiel. En fait, le participant nommait des faits sans y associer quelconque sentiment. Je suis parvenu à atteindre une zone plus personnelle lorsque j'ai exploré ses intérêts. Ce dernier m'a expliqué qu'il écrivait des poèmes. En l'invitant à approfondir, l'utilisateur m'a affirmé que ces poèmes parlaient souvent d'éveil à la nature, d'espoir et de communication. Il a ajouté être une personne introvertie et avoir quotidiennement de la difficulté à prendre parole. Son rêve était de réussir à parler de ses émotions sans avoir peur du jugement.

### **4.3.2.2 La peinture**

Dans le même ordre d'idée, l'utilisation de peintures a été particulièrement intéressante pour accompagner les personnes dans le dévoilement d'aspects identitaires. C'est le cas d'un participant qui a accepté de me montrer un autoportrait. J'ai demandé à l'utilisateur de me raconter en quoi son œuvre le représentait. Il m'a décrit que le personnage était stoïque, comme lui, et a spécifié que c'était son entourage qui lui reflétait cela. Cette méthode a permis à l'utilisateur d'avoir confiance en moi. L'entretien est alors devenu moins mécanique puisque l'utilisateur se racontait sans attendre mes questionnements : « Je vais te le dire, je suis schizophrène ».

Pour un autre participant, la narration à partir de ses peintures lui a permis de parler de sa vision de l'humain. En questionnant le choix des couleurs et des formes, l'utilisateur en est venu à dire que l'humain a en lui le bien et le mal, et qu'il se comporte souvent pour se conformer. Il m'a ensuite expliqué que ses œuvres démontraient sa passion pour la synergologie. Des détails subtils reflétaient son intérêt pour l'analyse du comportement humain (ex. : un

troisième œil dissimulé). Cette narration a permis de dévoiler que sa passion était un obstacle à ses relations, car son entourage avait constamment une impression d'être étudié.

#### **4.3.3 Le sens d'une expression**

J'ai rencontré un usager qui a eu un comportement défensif à la vue de la ligne de vie : « Non, je ne parlerai pas de moi, je ne te dirai pas des affaires personnelles ». J'ai donc rangé cet outil et en ai profité pour discuter avec lui. Nous avons discuté ensemble comme deux personnes le font, sans référence au contexte thérapeutique. Je lui ai demandé s'ils avaient des amis. Il m'a répondu que ses principales interactions se faisaient lors de rencontres avec les alcooliques anonymes (AA) et les narcotiques anonymes (NA). J'ai remarqué que l'utilisateur s'est surpris lui-même à se contredire : « Eh...bon, je ne veux pas parler de mon passé, mais je veux bien parler du présent. » Autrement dit, cela signifiait : « Je ne veux pas d'aide, mais je veux bien que tu m'aides ». La situation est devenue claire, l'utilisateur avait besoin d'avoir l'impression qu'il contrôlait la rencontre. Il m'a expliqué comment se déroulaient les rencontres des AA. Il m'a aussi présenté ses jetons d'abstinence et un livre de pensées quotidiennes. L'utilisateur a accepté que je fasse la lecture d'un passage du livre et de m'expliquer ce que cela signifiait pour lui. Il m'a raconté que « faire amende honorable » était un choix et qu'il y a des relations qu'il ne vaut mieux pas reconstruire. Il a fait référence à son désir de ne plus voir sa mère. Cela démontre que la narration libre peut engendrer le dévoilement de soi chez des gens craintifs face aux intervenants.

#### **4.3.4 L'histoire alternative**

Au cours du stage, j'ai rencontré des usagers qui s'identifiaient fortement à leurs expériences passées ou à un diagnostic. Ces personnes déduisaient les probabilités d'un avenir positif en fonction de leur passé. Présenté comme un jeu, j'ai invité ces personnes à raconter

uniquement des éléments qui confirmaient le contraire de leur narration. Par exemple, une participante m'a dit avoir eu toute sa vie le sentiment d'être insuffisante et incapable de se projeter heureuse dans le futur. J'ai tracé une nouvelle ligne de vie et je lui ai demandé de me raconter uniquement des événements où elle s'était sentie « suffisante, un peu bonne, fière ». L'expérience fut difficile, l'usagère ayant dû faire des efforts. Et malgré la mise en relief de ses réussites, elle était toujours incertaine d'arriver à se sentir heureuse. Cependant, en dépit de sa difficulté à se projeter heureuse, elle avait été en mesure d'identifier des expériences de bonheur associées à son histoire de vie.

## **4.4 Phase 2 : Rencontre de groupe**

### **4.4.1 Groupe sur la violence conjugale**

En collaboration avec la maison La fleur bleu, j'ai créé trois ateliers de groupe sur la violence conjugale. Ces ateliers visaient à promouvoir le soutien mutuel entre les participantes par le partage d'expériences, et à partager des informations selon divers thèmes, tels que les formes de violence, le portrait du partenaire violent et le cycle du changement. Les femmes étaient informées que les ateliers étaient flexibles, c'est-à-dire que leurs paroles étaient prioritaires à la programmation. Dès le premier atelier, j'ai été impressionné par la participation des femmes. Il était indéniable que l'atelier générerait un sentiment d'appartenance entre les femmes et un désir de s'exprimer ; les participantes continuaient à échanger durant la pause. J'étais émerveillé de constater que la femme qui participait le plus était celle qui m'avait raconté ne jamais sortir de chez elle sans sa mère. Cela démontrait que l'information transmise au cours de l'atelier résonnait en elle. Chacune des participantes faisait référence à leurs expériences pour valider leur compréhension de l'atelier ou pour se donner des conseils entre elles.

De plus, j'ai compris que l'atelier était une occasion de donner des informations à plusieurs personnes en même temps. À ce sujet, bien qu'il existe sept formes de violence, la majorité des femmes n'en connaissaient qu'une ou deux. Le consentement était aussi un sujet insuffisamment compris. Ce n'est pas surprenant qu'une usagère rencontrée plus tard m'ait mentionné qu'elle avait été choquée de réaliser l'ampleur de la violence vécue. Ensuite, le partage de la conférencière lors de l'atelier 2 a réellement été un événement provoquant des répercussions positives. Les femmes exprimaient avoir vécu des expériences similaires à la conférencière et être inspirées par son cheminement. J'ai l'impression que le dévoilement d'une femme ayant surmonté des difficultés similaires (santé mentale et violence) a généré un espoir intemporel chez les participantes.

D'un point de vue clinique, je pense que l'une des incidences les plus importantes de cet atelier a été le dévoilement pour la première fois d'expériences traumatisantes et de leurs impacts associés. C'est le cas d'une usagère qui a détaillé des agressions sexuelles qu'elle avait vécues par le père de ses enfants. Elle a expliqué vivre avec les conséquences de ces agressions (« flash-back », pensées négatives associées aux enfants et aux animaux, blocage sexuel). Compte tenu de ce qui précède, il est possible d'affirmer que les ateliers de groupe favorisant la narration sont des compléments pertinents aux suivis individuels. Le partage d'expérience similaire tend à générer une forme de résonance chez les participants. Ces derniers prennent conscience de certains événements de leur vie. Ils peuvent ainsi qualifier leur expérience au regard de leurs valeurs et aspirations. Dans mon stage, les ateliers de groupe favorisant la narration ont été un complément pertinent aux suivis individuels puisqu'ils ont permis de soulever des difficultés inconnues des usagers. Par exemple, certaines femmes ont pris conscience qu'elles vivaient toujours de la violence conjugale.

#### **4.4.2 Groupe sur la santé mentale générale**

Lors des rencontres individuelles, il aurait été facile de cibler des besoins plus précis aux participants (ex. la recherche d'un emploi). Toutefois, le discours de plusieurs usagers démontrait davantage un désir d'acquérir des habiletés personnelles : « Je ne me sens pas prêt ». De surcroît, certains nommaient directement un désir de socialiser. C'est face à ces constats que j'ai créé un groupe sur la santé mentale générale en collaboration avec les intervenants de Santé mentale Québec-St-hyacinthe, une organisation qui a pour mission la promotion d'une conception positive de la santé mentale. Les ateliers visaient à promouvoir la santé mentale et le soutien mutuel à travers des thèmes variés : la confiance en soi, la gestion des émotions, prendre soin de soi, etc. L'ouverture à la diversité a constamment été valorisée, notamment en raison des différences marquées entre les membres (âge, genre, tempérament et parcours de vie). La programmation était réalisée de façon à présenter un thème et à inviter les participants à partager à son propos. Par exemple, après avoir présenté une émotion, nous invitions à tour de rôle les usagers à nommer une situation qui leur faisait vivre ladite émotion et à décrire comment elle était ressentie intérieurement et extérieurement.

Un élément qui a contribué au bon déroulement de ce groupe est la relation égalitaire entre les participants et les intervenants. L'intervenante communautaire et moi participions aussi aux activités de partage: « Je dois vous avouer qu'en créant cet atelier, ça m'a fait réaliser que ce n'est pas toujours évident de prendre soin de soi ». Notre attitude a encouragé des échanges profonds et la régulation émotionnelle entre les membres. Il y avait aussi de l'entraide : « Si tu n'es pas prêt à parler, je peux commencer, ça t'aidera à placer tes idées ». Je pense aussi que la santé mentale, présentée comme indépendante des troubles de santé mentale, a encouragé les personnes à parler de leurs cheminements (ex. : épreuves,

diagnostics, symptômes). Enfin, le désir de poursuivre les ateliers par la majorité des participants confirme la réussite de cette activité. Le lien avec mon expérience de l'intervention de groupe et l'approche de White sera présenté dans la partie critique de mon stage.

#### **4.4.3 Alternative au groupe sur la consommation de drogue : la correspondance assistée**

Dans la phase 1 du stage, six personnes ont témoigné un intérêt pour participer à un atelier de groupe qui aborde la consommation de drogue et d'alcool. Pour répondre à cette demande, j'ai entrepris une collaboration avec L'Éveil Centre de réadaptation en dépendance. Nous avons eu plusieurs discussions afin de construire des ateliers de groupe qui répondent aux besoins spécifiques des usagers. Or, j'ai fait face à plusieurs obstacles lorsque j'ai voulu confirmer l'intérêt pour l'activité: perte de motivation, hospitalisation, disparition, emploi récent et désorganisation. J'ai alors conclu que l'approche narrative, tel que je l'appliquais, était inadaptée à la diversité des parcours ; chaque personne avait sa propre raison de participer ou non. C'est ainsi que j'ai développé un modèle de correspondance assistée. Ce dernier était constitué de début de phrases déjà formulées et que les usagers devaient compléter, par exemple : « Bonjour je m'appelle XXX, J'ai décidé de m'appeler ainsi parce que XXX, Cette semaine, j'ai consommé XXX ». Cette façon de faire visait à faciliter la transmission d'informations et le partage sans le regard du groupe. Cette idée a été très appréciée par les usagers. J'ai même réussi à faire participer des personnes qui avaient au départ refusé de parler de leur consommation dans un groupe.

L'activité de correspondance consistait donc à inviter les gens à se choisir un nom fictif, créatif, puis à nommer les raisons de ce choix. Chaque correspondance comportait des sections visant la salutation, la narration reliée à la consommation (ex. : impacts, sentiments

associés, alternatives) et l'ouverture à l'autre. La correspondance a permis à un usager hospitalisé depuis 110 jours d'entrer en contact avec l'extérieur, d'exercer des habiletés sociales de base et d'être soutenu à propos de sa consommation. Pour une autre personne, cela lui a permis de s'ouvrir à propos de ses idées suicidaires et de recevoir une aide professionnelle. De surcroît, l'activité a été efficiente pour un usager en état régulier d'intoxication, car le dévoilement à l'autre pouvait être adapté à sa désorganisation (ex. besoin incessant de bouger et de boire). La correspondance a aussi permis à l'ensemble des participants de donner et de recevoir des conseils : « Comment as-tu réussi à te faire pardonner par ta famille ? Comment fais-tu pour avoir de l'énergie de façon naturelle ? Comment se fait-il que tu sois allé à la guerre, alors que tu dis être un homme pacifique ? » Enfin, je pense que l'approche narrative en contexte de correspondance est pertinente en santé mentale puisqu'elle tend à induire l'introspection d'une façon divertissante et adaptable à divers sujets.

#### **4.5 Critique de mon stage au regard de l'approche de White**

Certes, les usagers des services en santé mentale ont des besoins. Cela dit, contrairement à l'approche de White, c'est moi qui allais à l'exploration des problèmes des usagers, plutôt que le contraire. Je pense que de centrer mon intervention sur la narration des usagers a néanmoins permis une collecte de données et d'ainsi proposer une intervention de groupe appropriée. Toutefois, je constate que mes interventions auraient pu avoir une meilleure efficacité en suivant certaines recommandations de White. Par exemple, lors de l'utilisation de la ligne de vie, je pense que j'ai eu une posture décentrée, mais peu influente. La narration libre a permis aux usagers de prendre le contrôle de l'intervention en racontant des événements de leur vie qui étaient significatifs pour eux. Cependant, je ne pense pas que cette stratégie ait permis d'avoir une réelle influence. Je dis cela puisque l'activité visait surtout le

dévoilement de difficultés et l'expression de besoins d'aide, sans y associer des aspects propres à leur identité. En suivant la carte de la déclaration de position de White (2009), j'aurais eu plus d'influence quant à l'externalisation de leur problème. Par exemple, j'aurais pu demander aux usagers de donner un nom à leur problème, leur demander de me raconter son effet et de l'évaluer, puis de justifier leur évaluation. Cela aurait permis aux usagers de nommer davantage des éléments identitaires qui leur sont importants (ex. : valeurs, rêves, intérêts, aspirations). Cela aurait aussi facilité la projection d'un futur souhaité en identifiant des objectifs sont qui sont en cohérence avec l'identité de l'utilisateur.

Lors de mon stage, j'avais aussi mal intégré le concept d'histoire alternative de White. Je demandais aux usagers de nommer différents éléments de leur vie qui infirmaient leur problème. Les usagers appréciaient le caractère différent de cette activité, mais à mon sens, elle était peu efficace. En fait, il était difficile pour les usagers de raconter des expériences sans revenir sur une narration confirmant leur problème. Au cours de l'essai, j'ai compris qu'on ne peut pas simplement demander à une personne de dévoiler une histoire alternative. Pour que l'histoire alternative prenne sens, il faut accompagner l'utilisateur et de l'aider à enrichir certaines références de son vécu afin qu'ils les utilisent dans la reconstruction de leur identité. En fait, les usagers ont tendance à évaluer le caractère épanouissant de leur vie en référence aux narratifs sociétaux. Ce réflexe contribue au maintien d'une vision de soi négative, par exemple la non-employabilité était identifiée comme une forme d'incompétence personnelle. L'application de la carte des conversations qui mettent en lumière des événements uniques aurait permis de mieux accompagner les usagers dans la construction d'une histoire alternative. Par exemple, j'aurais pu inviter les usagers à définir un moment d'exception, de leur demander de me raconter son effet et de l'évaluer, puis de justifier leur évaluation. Les compréhensions des usagers auraient ainsi permis de relier



d'autres situations qui correspondent aux intentions et valeurs de l'événement unique et d'ainsi contribuer à la création d'une riche histoire alternative. J'ai compris qu'enrichir une histoire alternative signifie notamment d'accompagner l'utilisateur afin qu'il raconte suffisamment de situations qui relatent une compréhension de sa vie plus cohérente avec des dimensions propres à son identité. Je pense que la simple identification du problème et du désir de palier à celui-ci sont insuffisants pour aider l'utilisateur à dissocier un trouble de santé mentale de son identité. Avec du recul, je pense que la narration, telle que je l'ai utilisée, tend à motiver la participation, mais ne permettait pas suffisamment de mettre l'utilisateur en relation avec ses pensées, sentiments, expériences et actions afin de dissocier son trouble de santé mentale de son identité. Il est donc possible que ce soit davantage mon savoir-être (ex. : ouverture d'esprit, adaptabilité, gestion du stress) qui m'ait permis d'exprimer une compétence relationnelle et rhétorique nécessaire à l'accompagnement narratif plutôt qu'une maîtrise technique de ce que propose White.

Concernant l'intervention de groupe, je constate aussi certains obstacles dus à une application relativement éloignée des recommandations de White. Les groupes étaient structurés de façon à encourager le dévoilement personnel, favorable à la résonance chez les autres membres. Contrairement aux travaux de White (2009), j'encourageais les conseils et la prise d'opinion à propos de la situation de l'autre. Je comprends maintenant que cette façon de faire a contribué à distancier certains usagers d'un état de bien-être. J'ai observé que la prise d'opinion et le conseil peuvent accentuer les émotions dépressives et les idées suicidaires chez certaines personnes.

De fait, je suis intervenu en contexte de crise auprès de deux usagers. La principale plainte de ces usagers était liée à l'écart émotionnel de leur situation au regard de celle des autres

membres du groupe. Par exemple : « Les participants disent avoir de l'espoir envers le futur, alors que moi, pas du tout! ». L'utilisation de la carte des cérémonies définitionnelles aurait permis de mieux encadrer la *re-narration* des participants entre-deux. Par exemple, plutôt que de demander aux usagers de réagir librement aux propos de l'autre, j'aurais pu leur demander d'identifier une expression, une phrase ou un mot et d'y associer une image qui reflète les intentions et les valeurs de l'autre. Cependant, l'utilisateur aurait pu être invité à mentionner des expériences personnelles liées au récit de l'autre et dévoiler les émotions que ce partage lui a fait vivre. Il est possible que cette méthode soit au départ difficile pour certains usagers des services en santé mentale. Cependant, je pense qu'avec un peu de pratique, cela permettrait de développer leur capacité d'introspection et leurs aptitudes relationnelles. Je pense aussi que les usagers auraient un sentiment de reconnaissance et que cela diminuerait le stress associé à la prise de parole en groupe.

#### **4.6 Critique de l'approche narrative au regard de mon expérience de stage**

Je pense que le travailleur social utilisant l'approche narrative de White doit être vigilant sur certains points, notamment sur les spécificités d'intervention propre à chaque trouble de santé mentale. Malgré de bonnes intentions, un professionnel peut nuire à la démarche thérapeutique d'un usager. Par exemple, parler d'expériences traumatisantes chez une personne ayant un trouble de stress post-traumatique peut constituer une ré-exposition stressante et ainsi résulter en une *retraumatisation iatrogène* (Schnyder, 2005). En ce sens, la collaboration interprofessionnelle est selon moi primordiale afin d'assurer des interventions qui sont éthiques et cliniquement efficaces. Dans les équipes multidisciplinaires, chaque professionnel est amené à élargir son champ de pratique pour le bien de l'utilisateur. Par exemple, l'infirmière est « un peu » travailleuse sociale et la travailleuse sociale est « un peu » infirmière. Cela permet notamment la transmission d'informations

spécifiques à chaque professionnel. Cependant, un professionnel doit être en mesure de reconnaître les limites de son champ d'expertise et de palier celles-ci par la collaboration interprofessionnelle.

Je pense aussi que les usagers devraient être les premiers à se positionner sur les risques et bénéfices d'une intervention narrative en groupe. Selon moi, le travailleur social doit donner la parole à l'utilisateur en explorant ses craintes et ses doutes concernant l'intervention proposée. Dans le cadre de mon stage, c'était important pour moi de clarifier que l'intervention était centrée sur la narration. Cela m'a permis de me montrer présent face aux incertitudes des usagers. Par exemple, certains usagers étaient rassurés de savoir qu'ils n'étaient pas obligés de parler longtemps ou que leur silence serait respecté. Je pense qu'il est essentiel d'être honnête avec les usagers afin de garder un lien de confiance et d'éviter une expérience traumatisante.

Concernant mon stage, je réalise que j'ai fait ce genre de démarche auprès des usagers puisque je les accompagnais à partir du sens qu'ils donnaient à leur participation. En fait, les personnes qui étaient ambivalentes à une telle participation décidaient généralement de participer pour faire *un premier pas* vers un état désiré. Par exemple, une femme atteinte de phobie sociale voyait en l'intervention de groupe l'initiation d'une reprise de contrôle sur sa vie.

Aussi, je pense que l'approche narrative de White est un type d'intervention qui nécessite un niveau minimal d'introspection chez l'utilisateur et l'intervenant. À titre d'exemple, j'ai utilisé cette approche auprès de personnes intoxiquées à l'alcool et aux drogues au moment de l'intervention. Bien que je sois parvenu à compléter l'activité, l'intervention fut très épuisante tant pour moi que pour les participants. Dans ce contexte, les limites relatives à

l'introspection freinent la prise de conscience à partir de l'histoire de vie. Cela m'amène à croire que l'approche narrative doit être adaptée à l'intervention auprès des usagers désorganisés (ex. : forte intoxication, idées suicidaires). Plus spécifiquement, je pense que l'approche narrative en contexte de crise doit viser d'abord la régulation émotionnelle. Compte tenu de mon expérience de stage, j'estime que l'utilisateur en crise a avant tout besoin d'exprimer ses émotions et sentir que l'intervenant comprend sa situation. Ensuite, le travailleur social peut explorer les ressources personnelles de l'utilisateur sans trop s'éloigner du moment présent. J'ai observé qu'en contexte de crise, une narration trop éloignée de l'immédiat semble engendrer une sorte de résistance ; les usagers démontrent une forme de découragement et ont de la difficulté à voir le sens de l'intervention. Je pense que l'intervenant doit encourager une narration relative à l'identité près du moment présent et accompagner l'utilisateur à percevoir que son état émotionnel est temporaire. Par exemple, j'ai rencontré une usagère lors de la pause d'une intervention de groupe. J'avais remarqué qu'elle refusait de participer et qu'elle semblait triste. Cette usagère m'a expliqué qu'elle avait l'impression d'être devant un mur et voulait abandonner le groupe. J'ai reflété à l'usagère que son histoire de vie démontrait une capacité à surmonter les défis ; comme infirmière elle avait passé à travers plusieurs épreuves. L'usagère me fit comprendre qu'elle ne voulait pas être associée à son rôle professionnel, car elle ne s'était jamais sentie suffisamment compétente. Mon intervention a eu davantage d'incidences positives lorsque j'ai pris le temps d'écouter les ressentiments présents de l'usagère à propos de son sentiment d'infériorité face au groupe et de valoriser ces derniers efforts. Ce qui précède m'amène à croire que l'approche narrative ne peut pas remplacer une intervention classique (ex. : intervention de crise, pharmacothérapie), mais peut néanmoins être utile en toute circonstance.

Aussi, je pense que la méthode de White devrait être incorporée à toutes les approches. Peu importe la discipline, j'estime que tous les intervenants veulent et peuvent encourager la prise de parole et le sentiment d'avoir une identité nuancée et non définie par un trouble de santé mentale. D'un autre côté, je pense qu'en travail social, notamment en santé mentale, l'approche narrative doit être complétée par une autre approche ou activité. À la fin de chaque atelier de groupe, je demandais comment les usagers avaient apprécié la séance. Les commentaires étaient généralement positifs, mais soulevaient aussi que c'était des moments qui demandaient beaucoup d'énergie. Dans mes groupes, je faisais en sorte de diviser les rencontres par des moments de transmission d'informations (éducatif) et de partage (soutien narratif). Je pense qu'une intervention de groupe uniquement structurée par l'approche narrative aurait été trop exigeante pour la majorité des usagers des services en santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne.

Enfin, la littérature et les travaux de White que j'ai consulté ne discutent pas du dévoilement de l'intervenant. J'ai été surpris lors de mes ateliers de groupe que les usagers avaient le besoin que moi et les intervenantes communautaires nous racontions aussi. Par exemple, des usagères m'ont demandé de raconter ce qu'une femme était pour moi. Pour d'autres usagers, il était intéressé à savoir comment j'avais ressenti la joie dans ma vie. J'ai donc intégré ma participation et celle de l'intervenante communautaire aux ateliers. Je pense que cela permet de diminuer la distance entre les usagers et les intervenants et d'augmenter le sentiment d'appartenance au groupe. Cela a aussi permis d'humaniser l'intervention, dans le sens que même pour moi, il n'était pas toujours évident de me raconter. Il me semble ainsi bénéfique que les intervenants considèrent le potentiel rétroactif de leurs gestes. Bien entendu, je suis d'avis que le dévoilement des intervenants doit démontrer une vigilance aux possibilités de

transferts et de clivages. Il est donc préférable que les informations dévoilées ne soient pas axées sur des dimensions intimes de la vie des intervenants (ex. : amour, sexualité).

## CONCLUSION

Mon expérience de stage me permet d'affirmer que l'approche narrative aide les usagers à se dévoiler et à nommer des besoins qui sont importants à combler pour eux. En fait, plusieurs intervenants m'ont référé des usagers qui m'ont nommé des besoins inconnus de l'équipe de santé mentale. Ainsi, je pense que les intervenants devraient encourager la construction de sens à partir d'une narration relative à l'histoire de vie. J'ai parfois eu l'impression que les intervenants centrent leur intervention sur des dimensions qu'eux-mêmes jugent nécessaires ou reconnues par leur organisation (ex. : emploi, consommation). Je pense que le haut taux de participation au projet est notamment dû au fait que l'approche narrative, telle que je l'ai utilisé, permet de respecter l'autodétermination des usagers. Ces derniers ont pu prendre contrôle du processus d'intervention en identifiant, d'une part, leurs besoins et d'autre part, en s'engageant dans une intervention de groupe. Certains usagers avaient été ciblés par l'équipe d'intervention comme ne pouvant pas participer à des groupes constitués d'usagers aux portraits cliniques trop différents. C'est le cas des usagers du programme Premier épisode psychotique. Les intervenants craignaient que l'exposition de nouveaux utilisateurs des services à un atelier qui comprend des personnes ayant une plus grande expérience avec un trouble de santé mentale allait engendrer une perte d'espoir. Mon expérience me permet de dire qu'une valorisation de la différence et qu'une conception positive de la santé mentale permet de faire une intervention de groupe plaisante et profitable pour tous.

Pour conclure, je pense que l'approche narrative devrait être davantage enseignée dans la formation des travailleurs sociaux puisqu'elle contribue à une intervention qui respecte les finalités, les valeurs et les principes du travail social (OTCFTCFQ, 2012). Elle reconnaît que la vie des usagers est constituée d'histoires auxquelles ils peuvent se référer pour prendre conscience de leurs capacités et ainsi, se développer. Lors de mon stage, j'ai trouvé que la

narration facilitait le reflet des forces et des aptitudes des participants. D'ailleurs, j'ai utilisé l'aptitude à prendre la parole de plusieurs usagers pour les encourager à participer aux ateliers de groupe. À cet égard, la majorité des usagers acceptaient de participer sous condition que les autres membres soient « normaux ». Il y avait une crainte générale d'être associé à un groupe de personnes ayant des troubles de santé mentale ; plusieurs usagers avaient des idées préconçues négatives. J'ai constaté que la valorisation de la richesse des histoires de chaque usager a permis d'établir un climat de respect où la différence fut perçue comme une force collective. En ce sens, je pense que le récit de vie en groupe est une méthode qui facilite la reconnaissance de la dignité de tout être humain.

Pour terminer, on entend souvent que le rôle des travailleurs sociaux est de remettre en question les normes et les structures de la société. Toutefois, il est très peu enseigné comment mettre en œuvre d'une telle pratique clinique. Au cours de l'essai, j'ai démontré que l'approche narrative permet d'accompagner les usagers, notamment dans le secteur de la santé mentale, en favorisant l'accroissement de leur capacité à modifier l'effets des narratifs sociétaux sur leur vie. Cette approche est trop souvent présentée pour ses principes, alors qu'elle peut concrètement être mise en œuvre. Elle offre au travail social des outils concrets pour agir sur le plan structurel, mais à partir d'une intervention qui demeure résolument relationnelle.



## BIBLIOGRAPHIE

- Anciens combattants Canada. (2019). *En savoir plus sur l'ESPT*. Repéré à <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/learn-ptsd#b6> (Page consulté le 2 février 2021)
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2009). Stigmatisation et troubles mentaux : un enjeu collectif. *Le partenaire*, 18(1), 1-36.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2016). *Agir ensemble pour contrer la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale*. Cahier de lecture pour le participant. Repéré à <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf> (page consulté le 2 février 2021)
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2016). Savoir expérientiel en santé mentale : un apport significatif aux multiples facettes. *Le partenaire*, 21 (03), 1-40.
- Abels, P. et Abels, S. (2001). *Understanding Narrative Therapy: A Guidebook for the Social Worker*. New York: Springer Publishing Company Inc
- Betbèze, J. et Ostermann, G. (2015). L'identité narrative. *La Lettre du Psychiatre*, 11(5), 126-132.
- Bighelli, I., Salanti, G., Reitmeir, C., Wallis, S., Barbui, C., Furukawa, T. A., et Leucht, S. (2018). Psychological intervention for positive symptoms in schizophrenia: protocol for a network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 8(3), 1-9.
- Bouchard, G. (1996). Le savoir-pouvoir de/du sexe. *Laval théologique et philosophique*, 52 (2), 527–549.
- Bouvet, C., Naudin, C., et Zajac, J. (2019). [The concept of narrative insight in schizophrenia: A systematic review]. *L'Encephale*, 45(3), 256-262.
- Bronwen, T. (2016). *Narrative: the basics*. New-York: Routledge
- Brown, C., Weber, S., Serena, A. (2008). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. New-York: *Journal of Systemic Therapies*, 49(04), 85-457.
- Borrillo, Daniel. 2000. *L'homophobie*. Coll. « Que sais-je ». Paris : Presses universitaires de France. 127 pages.
- Boudreau, F. (1981). La psychiatrie québécoise depuis 1960 : de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? *Santé mentale au Québec*, (6)2, 27–4.
- Bourlot, G. (2010). La théorie freudienne du récit : la narration et ses enjeux spécifiques pour la psychanalyse. *Oxymoron*, 1, 1-17.

- Carle, M-E. (2015). *Paroles d'experts! Perspectives des grands utilisateurs sur l'organisation des services en santé mentale* (Mémoire de maîtrise). UQAM. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/7586/1/M13846.pdf> (Page consulté le 3 mars 2021)
- Castaneda, Marina. (2013). *Comprendre l'homosexualité*. Paris : Robert Lafond
- Chauvin, S. et Lerch, A. (2013). Les sciences sociales et l'homosexualité. Dans : Sébastien Chauvin éd., *Sociologie de l'homosexualité*. Paris: *La Découverte*. 10-21
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2021). *Lutte contre la stigmatisation*. Repéré à <https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/lutte-contre-la-stigmatisation> (page consultée le 24 mars 2021).
- Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. (2007). Conflit de rôle de genre et dépression chez les hommes. *Collection Études et Analyses*, 36, 1-39.
- CIUSSS-CHUS. (2016). *Guide de collaboration sur l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou autrui (loi P-38.001)*.
- Casemajor Loustau, N. (2013). Les topographies du pouvoir de Mark Lombardi : l'œuvre dans la carte / Mark Lombardi's Topographies of Power: The Work in the Map. *Espace Sculpture*, 12–16.
- Collin, C. (1998). L'expérience humaine. Cégep du Vieux Montréal. Repéré à <https://sites.cvm.qc.ca/encephi/contenu/articles/experience.htm> (page consulté le 10 mai 2021)
- Contractor, A. A., Caldas, S. V., Dolan, M., Banducci, A.N. et Jin, L. (2019). Exploratory examination of clinician perspectives on positive memories and post-trauma stress disorder interventions. *Counselling & Psychotherapy*, 20(1), 92-105
- Cyr, 2018. « Un pouvoir fou » : La contribution du mouvement communautaire à l'avancement des droits en santé mentale. *PUL Diffusion*, 113-141
- Desmitt, C. (2015). La figure du transfuge : illustration biographique d'un parcours de résistance et de recherche. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 164-175
- Dixon, L.B., Holoshitz, Y., et Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 13-20
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42 (1), 125–145
- Duprey, C. (2007). *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la révolution tranquille* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/927/1/M10063.pdf> (Page consulté le 10 mai 2021)
- Fondation Douglas. (2021). *Faits sur la santé mentale au pays*. Repéré à <https://fondationdouglas.qc.ca/la-sante-mentale/> (page consulté le 24 mars 2021)

- Foucault, M. (1976). *The history of sexuality*. New York: Pantheon Books, p.43. Repérée à <https://suplaney.files.wordpress.com/2010/09/foucault-the-history-of-sexuality-volume-1.pdf> (Page consultée le 7 mars 2021)
- Flora, K. (2012). Recovery from substance abuse: A narrative approach to understanding the motivation and ambivalence about change. *Journal of Social Work Practice in the Addiction*, 12 (3), 302-315
- France, C.M., et Uhlin, B.D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and psychotherapy*, 53-67
- Frost, D.M., Hammack, P.L., Wilson, B.D. Russel, S.T., Lightfoot, M., et Meyer, I.H. (2020). The qualitative interview in psychology and the study of social change: Sexual identity development, minority stress, and health in the generation study of social change. *Qualitative Psychology*, 7(3), 245-266
- Gouvernement du Québec. (1997). *Le comité de la santé mentale du Québec. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Repéré à [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97\\_155co.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf) (Page consultée le 7 mars 2021)
- Gouvernement du Québec. (2012). *Commissaire à la santé et au bien-être. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de service sociaux*. Repéré à [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf) (Page consultée le 7 mars 2021)
- Gouvernement du Québec. (2012). *Faire face à la dépression au Québec : Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Repéré à <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Protocole-Dépression-Qualaxia.pdf> (Consulté le 25 mars 2021)
- Gouvernement du Québec. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux : Guide d'accompagnement*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf> (Page consultée le 7 mars 2021)
- Gouvernement du Québec. (2016). *Le partenariat de soins et de services avec les personnes utilisatrice et les membres de leur entourage*. Repéré à [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/maladie-mentale/jasm-2016/Le\\_partenariat\\_de\\_soins\\_et\\_de\\_services\\_avec\\_les\\_personnes%20utilisatrices\\_et\\_les\\_membres\\_de\\_leur\\_entourage.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/maladie-mentale/jasm-2016/Le_partenariat_de_soins_et_de_services_avec_les_personnes%20utilisatrices_et_les_membres_de_leur_entourage.pdf) (page consultée le 18 mars)
- Gouvernement du Québec. (2018). *Troubles bipolaires*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-bipolaires/#c1888> (page consulté le 25 mars)
- Gouvernement du Québec. (2021). *Conséquence des stéréotypes sur le développement*. Repéré à <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/image-corporelle/> (page consultée le 22 février 2021)

- Hill, N.L. (2011). Externalizing conversations: Single session narrative group interventions in a partial hospital setting. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 279-287
- Haddad, P. M., et Correll, C. U. (2018). The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8 (11), 303–318
- Harper, E. et Dorvil, H. (2013). *Le travail social : Théorie, méthodologie et pratique*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Harper, E. et Kurtzman, L. (2014). Intersectionnalité : regards théoriques et usages en recherche et en intervention féministes : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 26 (2), 15–27.
- El-Hage, W. (2018). Prise en charge des troubles post-traumatiques. *Rhizome*, 3(3-4), 10-11.
- Kerpenko, V. (2011). Clinically significant symptom changes in adolescents receiving outpatient community mental health services: Does it relate to satisfaction, perceived change, therapeutic alliance, and improvement in presenting problems? *The science and engineering*, 71(9), 5793
- Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2012). *Notions de base sur les maladies mentales : « Guide pratique d'intervention »*. Repéré à <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide-notions-bases-maladies-mentales.pdf>
- Killackey, E. J., Jackson, H. J., Gleeson, J., Hickie, I. B. et McGorry, P. D. (2006). Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 951-962.
- Kristensen, S.T., et Koster, A. (2014). Contextualizing eating problems in individual diet counselling. *Health*, 18(3), 319-331.
- Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Presse de l'Université de Montréal : Montréal
- Lange, T.M. (2020). Trans-affirmative narrative exposure therapy (TA-NET): A therapeutic approach for targeting minority stress, internalized stigma, and trauma reactions among gender diverse adults. *Practice, Innovations*, 5(3), 230-245.
- Légis Québec. (1991). Code civil du Québec, c. 64, a. 10
- Limoges, J-M. (2013). De l'écrit à l'écran. *Cahiers de Narratologie*, 25, 1-25
- Lindblom, K. M., et Gray, M.J. (2020). Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory. *Applied Cognitive Psychology*, 24(1), 1-19
- Marteau, A. (2008). « Soi est un autre »: Construction et déconstruction identitaire à l'adolescence. *De Boeck Supérieur*, 40, 183-198

- Lemogne, C., Bergouignan, L., et Fossati, P. (2011). Mémoire émotionnelle du soir. *Annales Médico-Psychologique*, 169, 116-119
- Mayer, R. et Laforest, M. (1990). Problème social : le concept et les principales écoles théoriques. *Service social*, 39 (2), 13-43.
- Méard, J-P. (2019). *Le processus d'individuation, la stigmatisation et les modalités d'intervention conséquents auprès des personnes en situation de dépression à Montréal*. (Thèse de maîtrise) Université d'Ottawa. Repéré à [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/39514/3/Menard\\_Jean-Patrick\\_2019\\_thèse.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/39514/3/Menard_Jean-Patrick_2019_thèse.pdf)
- Morgan, A. (2019). *Qu'est-ce que l'approche narrative?* Adelaide : Interéditions
- Mori, S. et Rouan, G. (2011). *Les thérapies narratives*. Bruxelles : De Boeck
- Mui, E. Y. W., Chan, S. K. W., Chan, P. Y., Hui, C. L. M. Chang, W. C., Lee, E. H. M., et Chen, E. Y. H. (2019). Systematic review (meta-aggregation) of qualitative studies on the experiences of family members caring for individuals with early psychosis. *International Review Of Psychiatry*, 31 (56), 491-509.
- Murray, M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Paris: Dunod. 107-130.
- Nagy, E. Moore, S. (2017). Social interventions: An effective approach to reduce adult depression? *Journal of Affective Disorders*, 218, 131-152. D
- Naudet, J. (2012). *Entrer dans l'élite. Parcours de réussite en France, aux États-Unis et en Inde*. Paris : Presses universitaires de France
- Nylund, D. (2002). Poetic Means to Anorexic Ends. *Journal of Systemic Therapies*, 21(4), 18-34
- Ogles, B. M., Lunnen, K.M., et Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-446
- Ordres des infirmières et des infirmiers du Québec. (2018). *Les gardes en établissement : balisées pour respecter les principes fondamentaux de la liberté*. Repéré à <https://www.oiiq.org/les-gardes-en-etablissement-balisées-pour-respecter-les-principes-fondamentaux-de-la-liberte>
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65-89.
- OTCFTCFQ. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Repéré à [https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel\\_de\\_compétences\\_des\\_travailleurs\\_sociaux.pdf](https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compétences_des_travailleurs_sociaux.pdf)
- Parent, A. M. (2006). Trauma, témoignage et récit : la dérouté du sens. *Protée*, 34(2-3), 113-125.

- Pêcheur, R. (2007). *La stigmatisation d'une sous-culture : étiquetage, marginalisation et déviante. Étude d'une communauté de joueurs de jeux de rôle parisiens*. (Mémoire de maîtrise) Université de Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/2016/1/M9267.pdf> (page consulté le 20 février)
- Ricks, L., Kitchens, S., Goodrich, T., Hancock, E. (2014). My Story: The Use of Narrative Therapy in Individual and Group Counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9, 99-110
- Proulx, A. (2014). Une étude exploratoire des narratifs identitaires chez des personnes présentant une maladie mentale. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/7295/1/M13698.pdf>
- Ryan, M.L. (2015). Narratologie et sciences cognitives : une relation problématique. *Cahiers de Narratologie*, 28, 1-24
- Roscoe, K. D. & Madoc, I. (2009) 'Critical social work practice a narrative approach'. *International Journal of Narrative Practice*, 1(1), 9-18
- Santarpia, A. (2018). Le travail clinique d'orientation humaniste en psycho-oncologie. *Psycho-Oncologie*, 12(4), 235-245
- Santé Canada. (2012). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Repéré à [https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men\\_ill\\_f\\_pdf](https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f_pdf) (Page consulté le 24 mars 2021)
- Samacher, R. (2015). Le récit dans la psychanalyse. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(1), 213-217.
- Schermer, T. (2013). The Story of Manhood: Using a narrative approach to facilitate unique construction of masculinity. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(2), 136-150.
- Schnyder, U. (2005). Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble. *Psychothérapies*, 1(1), 39-52.
- Société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées. (2021). *Quelles sont les causes de la schizophrénie*. Repéré à <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/causes> (page consulté le 21 mars 2021)
- Sirvent, M. (2015). Un récit à narrateur déficient : Un roi sans divertissement. *Le Seuil*, 1(177), 55-82.
- Taylor, L. (2011). La valeur thérapeutique des récits de vie : comment les histoires orales peuvent aider à mettre en perspective la perte progressive de l'autonomie. *Vie et vieillissement*, 8(4), 7-13.
- Vassilacou-Fassea, T. (2002). L'usage du mythe chez Aristote. *Revue internationale et pluridisciplinaire de la religion grecque antique*, 15, 67-74
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. La dispute.
- Vromans, L.P., et Schweitzer, R.D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15.

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Ceppeliez, P., Smit, F. et Westerhof, G.J. (2012). Life review therapy for olde adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163-1173
- Weber, M., Davis, K., et Mcphie, L. (2006). Narrative therapy, eating disorder and groups: enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*, 59(4), 391-405.
- White, M. (2005). Children, trauma and subordinate storyline development. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3-4, 10
- White, M. (2009). *Cartes des pratiques narratives*. W.W. Norton & Company: New-York
- White, M. (1995). *Re-authoring Lives: Interviews and essays*. Adelaïde: Dulwish Center Publications.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
- Zarka, Y. (2002). Foucault et l'idée d'une histoire de la subjectivité : le moment moderne. *Archives de Philosophie*, 2(2), 255-267.